This is a digital copy of a book that was preserved for generations on library shelves before it was carefully scanned by Google as part of a project to make the world's books discoverable online.

It has survived long enough for the copyright to expire and the book to enter the public domain. A public domain book is one that was never subject to copyright or whose legal copyright term has expired. Whether a book is in the public domain may vary country to country. Public domain books are our gateways to the past, representing a wealth of history, culture and knowledge that's often difficult to discover.

Marks, notations and other marginalia present in the original volume will appear in this file - a reminder of this book's long journey from the publisher to a library and finally to you.

Usage guidelines

Google is proud to partner with libraries to digitize public domain materials and make them widely accessible. Public domain books belong to the public and we are merely their custodians. Nevertheless, this work is expensive, so in order to keep providing this resource, we have taken steps to prevent abuse by commercial parties, including placing technical restrictions on automated querying.

We also ask that you:

+ *Make non-commercial use of the files* We designed Google Book Search for use by individuals, and we request that you use these files for personal, non-commercial purposes.

+ *Refrain from automated querying* Do not send automated queries of any sort to Google's system: If you are conducting research on machine translation, optical character recognition or other areas where access to a large amount of text is helpful, please contact us. We encourage the use of public domain materials for these purposes and may be able to help.

+ *Maintain attribution* The Google "watermark" you see on each file is essential for informing people about this project and helping them find additional materials through Google Book Search. Please do not remove it.

+ *Keep it legal* Whatever your use, remember that you are responsible for ensuring that what you are doing is legal. Do not assume that just because we believe a book is in the public domain for users in the United States, that the work is also in the public domain for users in other countries. Whether a book is still in copyright varies from country to country, and we can't offer guidance on whether any specific use of any specific book is allowed. Please do not assume that a book's appearance in Google Book Search means it can be used in any manner anywhere in the world. Copyright infringement liability can be quite severe.

About Google Book Search

Google's mission is to organize the world's information and to make it universally accessible and useful. Google Book Search helps readers discover the world's books while helping authors and publishers reach new audiences. You can search through the full text of this book on the web at `http://books.google.com/`

A propos de ce livre

Ceci est une copie numérique d'un ouvrage conservé depuis des générations dans les rayonnages d'une bibliothèque avant d'être numérisé avec précaution par Google dans le cadre d'un projet visant à permettre aux internautes de découvrir l'ensemble du patrimoine littéraire mondial en ligne.

Ce livre étant relativement ancien, il n'est plus protégé par la loi sur les droits d'auteur et appartient à présent au domaine public. L'expression "appartenir au domaine public" signifie que le livre en question n'a jamais été soumis aux droits d'auteur ou que ses droits légaux sont arrivés à expiration. Les conditions requises pour qu'un livre tombe dans le domaine public peuvent varier d'un pays à l'autre. Les livres libres de droit sont autant de liens avec le passé. Ils sont les témoins de la richesse de notre histoire, de notre patrimoine culturel et de la connaissance humaine et sont trop souvent difficilement accessibles au public.

Les notes de bas de page et autres annotations en marge du texte présentes dans le volume original sont reprises dans ce fichier, comme un souvenir du long chemin parcouru par l'ouvrage depuis la maison d'édition en passant par la bibliothèque pour finalement se retrouver entre vos mains.

Consignes d'utilisation

Google est fier de travailler en partenariat avec des bibliothèques à la numérisation des ouvrages appartenant au domaine public et de les rendre ainsi accessibles à tous. Ces livres sont en effet la propriété de tous et de toutes et nous sommes tout simplement les gardiens de ce patrimoine. Il s'agit toutefois d'un projet coûteux. Par conséquent et en vue de poursuivre la diffusion de ces ressources inépuisables, nous avons pris les dispositions nécessaires afin de prévenir les éventuels abus auxquels pourraient se livrer des sites marchands tiers, notamment en instaurant des contraintes techniques relatives aux requêtes automatisées.

Nous vous demandons également de:

+ *Ne pas utiliser les fichiers à des fins commerciales* Nous avons conçu le programme Google Recherche de Livres à l'usage des particuliers. Nous vous demandons donc d'utiliser uniquement ces fichiers à des fins personnelles. Ils ne sauraient en effet être employés dans un quelconque but commercial.

+ *Ne pas procéder à des requêtes automatisées* N'envoyez aucune requête automatisée quelle qu'elle soit au système Google. Si vous effectuez des recherches concernant les logiciels de traduction, la reconnaissance optique de caractères ou tout autre domaine nécessitant de disposer d'importantes quantités de texte, n'hésitez pas à nous contacter. Nous encourageons pour la réalisation de ce type de travaux l'utilisation des ouvrages et documents appartenant au domaine public et serions heureux de vous être utile.

+ *Ne pas supprimer l'attribution* Le filigrane Google contenu dans chaque fichier est indispensable pour informer les internautes de notre projet et leur permettre d'accéder à davantage de documents par l'intermédiaire du Programme Google Recherche de Livres. Ne le supprimez en aucun cas.

+ *Rester dans la légalité* Quelle que soit l'utilisation que vous comptez faire des fichiers, n'oubliez pas qu'il est de votre responsabilité de veiller à respecter la loi. Si un ouvrage appartient au domaine public américain, n'en déduisez pas pour autant qu'il en va de même dans les autres pays. La durée légale des droits d'auteur d'un livre varie d'un pays à l'autre. Nous ne sommes donc pas en mesure de répertorier les ouvrages dont l'utilisation est autorisée et ceux dont elle ne l'est pas. Ne croyez pas que le simple fait d'afficher un livre sur Google Recherche de Livres signifie que celui-ci peut être utilisé de quelque façon que ce soit dans le monde entier. La condamnation à laquelle vous vous exposeriez en cas de violation des droits d'auteur peut être sévère.

À propos du service Google Recherche de Livres

En favorisant la recherche et l'accès à un nombre croissant de livres disponibles dans de nombreuses langues, dont le français, Google souhaite contribuer à promouvoir la diversité culturelle grâce à Google Recherche de Livres. En effet, le Programme Google Recherche de Livres permet aux internautes de découvrir le patrimoine littéraire mondial, tout en aidant les auteurs et les éditeurs à élargir leur public. Vous pouvez effectuer des recherches en ligne dans le texte intégral de cet ouvrage à l'adresse `http://books.google.com`

No. .....

BOSTON
MEDICAL LIBRARY
ASSOCIATION,
19 BOYLSTON PLACE.

L'UNION MÉDICALE

DU CANADA

L'UNION MÉDICALE

DU

CANADA

REVUE MÉDICO-CHIRURGICALE

PARAISSANT TOUS LES MOIS

BOSTON MEDICAL LIBRARY ASSOCIATION

VOLUME X

MONTREAL:

COMPAGNIE D'IMPRIMERIE CANADIENNE, 28 RUE ST. GABRIEL.

1881

AUX MEDECINS.

Monsieur et cher confrère,

Les différents organes de la presse vous ont annoncé au commencement de l'année dernière l'apparition d'un livre intitulé : " LA SANTÉ POUR TOUS." J'ai publié ce livre dans un double but, pour la sauvegarde de deux intérêts : ceux de la profession médicale et ceux de la société.

L'ignorance de notre population est la misère du médecin : l'instruire c'est travailler au rehaussement de la médecine dans ce pays ; là où l'instruction est développée Hippocrate est en honneur. C'est à cause que je suis convaincu de cette vérité que j'ai fait " LA SANTÉ POUR TOUS."

Grand nombre ont compris qu'il leur fallait un ouvrage de cette nature, ils l'ont prouvé par l'encouragement qu'ils lui ont donné : près de deux mille exemplaires sont déjà vendus, mais ce n'est pas suffisant. " LA SANTÉ POUR TOUS " est nécessaire surtout chez cette partie de notre population—qui est la plus nombreuse malheureusement—qui lit à peine et qui est victime chaque jour de son ignorance. Les faubourgs de nos villes comme nos campagnes en ont besoin plus que l'homme instruit.

C'est pour cela, Monsieur et cher confrère, que je m'adresse à vous ; il dépend de vous que cet ouvrage soit distribué partout, et que sa propagation soit générale. Les corporations scolaires l'achèteront à votre demande, vos patients en feront autant.

" LA SANTÉ POUR TOUS " est divisée en trois parties : la première est un résumé des notions pratiques d'anatomie et de physiologie dont la connaissance et la pratique sont nécessaires pour la conservation et le recouvrement de la santé ; la deuxième est consacrée à l'éducation intellectuelle, éducation si malheureusement négligée, et dont la culture soignée assure le bonheur de l'homme ; la troisième comprend l'hygiène des différents âges, des tempéraments, des professions. L'hygiène de l'enfance surtout y est étudiée d'une manière particulière. Puis vous trouvez à la fin un petit traité des maladies principales de l'enfance et de son traitement.

Nous ne nous occupons pas assez de l'enfance, cette patrie de demain, surtout de l'enfant malade : nos dix dernières années scientifiques ont pourtant beaucoup fait pour lui ; ses maladies et leur traitement nous sont connus comme les maladies et le traitement de l'adulte. J'ai voulu le faire comprendre au public qui l'ignore.

J'ose donc espérer, Monsieur, que vous vous rendrez à ma demande et que vous ferez ce qui est en votre pouvoir pour répandre dans nos familles un ouvrage qui est destiné à leur instruction.

J'espère aussi et je sollicite de vous les suggessions qui pourraient être faites, et qui pourraient m'aider au travail de la deuxième édition que je suis à préparer ; je serai grandement dédommagé si nos efforts réunis peuvent contribuer à l'amilioration intellectuelle du peuple qui sera le bonheur de tous.

J'ai l'honneur d'être,
Monsieur,
Votre tout dévoué serviteur,

SEVERIN LACHAPELLE, M. D.,
St-Henri de Montréal

N. B.—*La santé pour tous* se vend aux conditions suivantes :

40 centins le volume.
35 " la douzaine.
30 " le cent.

☞ S'adresser à

THE BEST PAPER! TRY IT!

BEAUTIFULLY ILLUSTRATED.

36th YEAR.

THE SCIENTIFIC AMERICAN.

THE SCIENTIFIC AMERICAN is a large First-Class Weekly Newspaper of Sixteen Pages, printed in the most beautiful style, *profusely illustrated with splendid engravings*, representing the newest Inventions and the most recent Advances in the Arts and Sciences; including New and Interesting Facts in Agriculture, Horticulture, the Home, Health, Medical Progress, Social Science, Natural History, Geology, Astronomy. The most valuable practical papers, by eminent writers in all departments of Science, will be found in the SCIENTIFIC AMERICAN.

Terms, $3.20 per year, $1.60 half-year, which includes postage. Discount to Agents. Single copies, ten cents. Sold by all Newsdealers. Remit by postal order to MUNN & CO., Publishers, 37 Park Row, New York.

PATENTS. In connection with the SCIENTIFIC AMERICAN, Messrs. MUNN & CO. are Solicitors of American and Foreign Patents, have had 35 years experience, and now have the largest establishment in the world. Patents are obtained on the best terms. A special notice is made in the SCIENTIFIC AMERICAN of all Inventions patented through this Agency, with the name and residence of the Patentee. By the immense circulation thus given, public attention is directed to the merits of the new patent, and sales or introduction often easily effected.

Any person who has made a new discovery or invention, can ascertain, *free of charge*, whether a patent can probably be obtained, by writing to MUNN & CO. We also send *free* our Hand Book about the Patent Laws, Patents, Caveats, Trade-Marks, their costs, and how procured, with hints for procuring advances and inventions. Address for the Paper, or concerning Patents,

MUNN & CO., 37 Park Row, New York.

Branch Office, cor. F. and 7th Streets, Washington, D. C.

GROSS, CLARE & Co.

Attirent respectueusement l'attention des Médecins et des Etudiants en Médecine sur leur immense assortiment

d'Instruments Chirurgicaux et Dentaires

APPAREILS POUR DIFFORMITÉS PHYSIQUES,

Bandages, Ceintures, Machines Electro-Magnétiques, Ceintures Galvaniques,

CHAISES D'INVALIDES, etc., etc.

Ayant grandement augmenté leur établissement, ils sont prêts maintenant à manufacturer en peu de temps tout Instrument que l'on ne trouvera pas dans leur assortiment.

Toujours en mains : un assortiment complet d'APPAREILS CHIRURGICAUX en CAOUTCHOUC.

Venant d'arriver, quelques SQUELETTES ARTICULÉS.

Instruments repolis et plaqués en nickel.

☞ *Catalogues illustrés et Liste des Prix fournis sur demande.*

MANUFACTURE DE BANDAGES DU CANADA, ÉTABLIE EN 1826.

Nos. 684 à 690, RUE CRAIG, MONTREAL.

464.
BOSTON MEDICAL LIBRARY
SOCIETY

L'UNION MÉDICALE DU CANADA

Revue Médico-Chirurgicale paraissant tous les mois

Comité de Rédaction :

MESSIEURS LES DOCTEURS E. P. LACHAPELLE, A. LAMARCHE ET S. LACHAPELLE.

Vol. X. JANVIER, 1881. No. 1.

TRAVAUX ORIGINAUX.

La Craniotomie.

(Lu devant la Société Médicale par le le Dr A. DAGENAIS, Prof. à l'Université-Laval, Montréal.)

La craniotomie est une des plus anciennes opérations obstétricales. Déjà Hippocrate conseille un instrument courbe pour ouvrir la tête, ainsi qu'un autre pour briser les os du crâne. Celse et Soranus enseignent aussi l'ouverture de la tête avec un bistouri, et ce dernier conseille d'enlever les os du crâne avec une pince à os. Dans les livres des médecins arabes, on trouve régulièrement au chapitre *De extractione fœtus mortui*, tout un arsenal d'instruments destructeurs.

Comme du reste au moyen-âge la connaissance de la version podalique avait complètement disparu, on ne doit pas s'étonner de la fréquence avec laquelle on employait les opérations destructives. On ne commença à leur imposer des limites que

lorsque la version podalique fut proposée par Ambroise Paré, en 1550. Depuis cette époque, la craniotomie fut pratiquée beaucoup plus rarement, sauf quelques exceptions comme le fameux Deisch et son partisan Mittelhaüser.

Ce fut un progrès nouveau et fort important quand la découverte du forceps permit d'extraire d'une façon inoffensive la tête solidement fixée dans le bassin. La découverte de cet instrument constitua un progrès tel, qu'à partir de ce moment les accoucheurs semblaient être armés contre toutes les éventualités, et la conséquence naturelle fut qu'à partir de ce moment, les accoucheurs fiers de cette opération et de leur habileté croissante, ne regardèrent plus les anciens temps que d'un air de supériorité et avec un profond mépris. Pleins de confiance dans les manœuvres qu'ils employaient pour la version et dans l'application du forceps, ils mirent tout leur orgueil à accoucher les mères, même dans les cas les plus défavorables, du moins sans dépecer l'enfant ; et au grand détriment de la mère, ils remplacèrent la perforation par l'usage le plus exagéré du forceps pour terminer les accouchements. Cette tendance de l'art obstétrical proprement dit fut représentée par le vieux Friedrich Benjamin Osiander à Gôttinger, qui se vantait, en quarante années de pratique, de n'avoir jamais eu recours à la perforation, et qui rejetait non seulement la symphyséotomie, mais aussi l'accouchement prématuré artificiel et la perforation. Et quoique la direction qu'il avait imprimée à l'obstétrique ne fut pas suivie même par les élèves d'Osiander aussi exclusivement qu'il l'avait indiqué, et qu'il arrivât à Osiander lui-même de voir pendant qu'il était à son lit de mort son propre fils pratiquer une perforation dans sa propre clinique, les accoucheurs allemands ont encore à l'heure actuelle une grande aversion pour la perforation, et cette opération est pour le plus grand nombre d'entre eux, et au grand dommage de la mère, non pas seulement lorsque l'enfant vit, mais même quand il est mort, considérée comme une dernière ressource à laquelle on ne doit recourir que si le forceps, malgré des tentatives répétées et énergiques, est resté insuffisant.

Quoiqu'il existât déjà dans l'antiquité la plus haute des instruments pour comprimer et broyer la tête, c'est à Baudelocque le neveu que revient le mérite d'avoir, dans ces derniers temps, 1829, inventé un instrument qui, quoique fort lourd, remplit exactement le but qu'on se propose, c'est-à-dire l'écrasement de la tête, et d'avoir introduit dans la pratique la céphalotripsie. En Allemagne, Ritgen, Rusch et Kilian surtout adoptèrent le nouvel instrument, et c'est précisément dans ce pays qu'avec le temps on y apporta les modifications

les plus multiples et, comme il faut le reconnaître, le plus grand perfectionnement. Parmi les instruments les plus faciles à manier, il faut citer celui de Breisky. Le céphalotribe très joli et très léger, de Scanzoni est trop faible et peut, comme nous l'avons observé sur une femme vivante, se fausser à ce point qu'il devient complètement impossible de s'en servir.

Tel est, Messieurs, l'historique que fait Schröder de la craniotomie. Comme on le voit dans ce court aperçu, cette opération a eu ses moments de faveur et ses moments de défaveur, c'est-à-dire que comme une foule de bonnes choses, on l'a rejetée après en avoir abusé. Ajourd'hui, cependant, malgré le retour à la version podalique, et malgré l'invention du forceps, la craniotomie est pratiquée sur une assez grande échelle, surtout en Angleterre et aux Etats-Unis, et pour la faire, on a inventé un grand nombre d'instruments. Comme cette opération est une des plus anciennes et des plus importantes de la tocologie, j'ai cru qu'il ne serait pas sans intérêt pour les membres de cette société de venir discuter devant eux les deux questions suivantes : 1° Quand doit on faire la craniotomie ; 2° Comment doit-on la faire ?

Pour répondre à la première question, il s'élève de suite une difficulté excessivement sérieuse, qui est celle de savoir si on peut faire la craniotomie quand l'enfant est vivant. D'un côté, nous avons presque tous les auteurs modernes de médecine qui répondent dans l'affirmative, tandis que de l'autre, nous avons tous les théologiens qui répondent dans la négative. Ces derniers, outre les raisons de morale sur lesquelles ils s'appuient, ont encore en leur faveur tous les auteurs anciens et même presque tous les auteurs français de la première moitié de notre siècle. En effet, il était si bien reconnu que la craniotomie ne pouvait se pratiquer que lorsque l'enfant était mort que les auteurs arabes ne mentionnaient cette opération que dans le chapitre intitulé, *De extractione fœtus mortui.* Dans le *Répertoire général des sciences médicales au XIXe siècle*, imprimé en 1836, à l'article, *embryotomie*, on lisait : " Nous ne terminerons pas cet article sans rappeler que l'embryotomie, à laquelle les auteurs anglais et allemands ont souvent recours quand rien n'annonce que le fœtus ait cessé de vivre, et dans le seul intérêt de la conservation de la mère, n'est pratiquée en France, que quand on a toute raison de penser que le fœtus est mort." A peu près dans le même temps, Velpeau s'exprimait ainsi : " L'embryotomie n'est plus admise, que dans le cas où tout annonce que le fœtus est mort ou ne peut vivre." En 1840, Dugès disait : " Le crochet aigu ne peut être appliqué que sur un enfant indubitablement mort. Cette opération ne convient

que quand on a la certitude de la mort de l'enfant." Avant ces auteurs Baudelocque avait dit en parlant de la craniotomie en 1798: "Rien ne saurait excuser le praticien, qui se comporterait ainsi, sans avoir auparavant la certitude de la mort de l'enfant."

Cependant il faut avouer que pendant que ces principes prévalaient en France, il n'en était pas de même en Angleterre et en Allemagne. Dans le premier de ces deux pays, la craniotomie se pratiquait sur l'enfant vivant depuis très longtemps, et au commencement de ce siècle, le Dr Osborn, l'ami et l'associé du bon et savant Denman, ne craignait pas de publier un pamphlet dans lequel il se faisait le champion de cette pratique. Cette manière de voir devint tellement générale parmi les médecins anglais que Ramsbotham, en 1841, parlant de l'opinion de ceux qui étaient opposés à la craniotomie lorsque l'enfant était vivant, dit que cette opinion est diamétralement opposée à la pratique anglaise. De l'Angleterre, elle se répandit d'abord aux Etats-Unis et parmi les protestants d'Allemagne, puis à mesure qu'on devint moins soucieux des principes de la morale, elle fit son chemin en France, si bien qu'aujourd'hui, elle y est presque généralement enseignée et suivie.

Avant de vous demander de vous prononcer sur cette question, j'ai cru, Messieurs, qu'il ne serait pas inutile de vous mettre sous les yeux les raisons qu'apportent l'un et l'autre parti. Je commencerai par celles des partisans de la craniotomie pratiquée sur l'enfant vivant, telles que je les ai trouvées dans le pamphlet du Dr Osborn, dans Cazeaux, dans Ramsbotham, et surtout dans les écrits de M. Avanzini, auteur catholique d'un certain renom qui a été rédacteur des *acta sanctæ sedis*, et qui s'est fait l'avocat de cette cause. Les arguments des trois premiers auteurs que je viens de nommer peuvent se résumer dans la page suivante de Cazeaux.

"On ne peut pas se le dissimuler, en effet, l'opération césarienne est le plus souvent mortelle pour la mère, même en admettant comme complètement exactes les statistiques les plus favorables. Ainsi, en mettant de côté les résultats fournis par les chirurgiens de la Grande-Bretagne, qu'on accuse de ne pas pratiquer l'opération au moment opportun, et en supposant qu'on ait mis autant d'empressement à raconter les insuccès que les cas heureux, on arrive, par l'examen impartial des faits, à cette triste conclusion que presque les quatre-cinquièmes des mères ont succombé. Mais au moins cette affreuse opération assure-t-elle la vie de l'enfant? Peut-on, en compensation de tant de souffrances, avoir la conviction de pouvoir offrir à la mère autre chose qu'un cadavre? Malheureusement, il n'en

est rien; et les partisans de la section césarienne sont obligés d'avouer qu'ils ne sont pas toujours assez heureux pour extraire un enfant bien vivant, même alors que l'opération est pratiquée au moment d'élection. J'admets un instant que, pratiquée peu de temps après la rupture des membranes, l'opération permettra toujours de sauver les enfants; il n'y aurait pas, à mon avis, compensation des chances si défavorables qu'on fait courir à la mère. Vous m'accordez que plus de la moitié des femmes succombent, mais pouvez-vous au moins me répondre que plus de la moitié des enfants que vous sauvez par la gastrotomie vivront assez longtemps pour faire oublier les pleurs versées sur leur berceau? Eh bien! lisez les tables publiées jusqu'à présent sur la moyenne de la vie humaine, et dites-moi si sur 100 enfants naissants, 50 atteignent leur trentième année.

Ce n'est donc pas le résultat immédiat de la gastrotomie qu'il faut faire valoir, mais les conséquences éloignées. Ce qu'il y a de certain, c'est que vous sacrifiez immédiatement plus de la moitié des femmes; et ce qui est bien prouvé par l'expérience des siècles, c'est qu'en supposant tous les enfants vivants au moment de leur naissance, vous n'en verrez pas la moitié atteindre l'âge auquel a succombé leur mère. A ne considérer que la question des chiffres, l'avantage serait donc à l'embryotomie. Mais la vie si faible, si incertaine d'un enfant qui ne tient au monde que par sa mère, qui n'a encore ni sentiment, ni affection, ni crainte, ni espérances, peut-elle être comparée à celle d'une jeune femme que mille liens sociaux et religieux attachent à tous ceux qui l'entourent? La survivance de ce pauvre enfant pourra-t-elle combler le vide que laisse la mort de sa mère? Enfin la société peut-elle espérer recevoir jamais d'un enfant naissant les services qu'elle était en droit d'attendre de la mère adulte? L'intérêt de la famille, l'intérêt de la société se réunissent donc pour militer en faveur de la mère. En politique, dit Ramsbotham, si ce n'est en morale, nous sommes pleinement justifiés, de préférer le fort au faible, l'homme sain à l'homme malade, et par conséquent, la mère de famille à l'enfant qui n'est pas encore né. toutes les fois que nous sommes dans la cruelle nécessité de sacrifier l'un ou l'autre. Enfin, il me reste un dernier argument à faire valoir en faveur de la thèse que je soutiens: le plus ancien de tous les principes de morale, la base de toute justice médicale, c'est qu'il faut traiter les malades comme nous nous traiterions nous mêmes ou nos parents les plus chers: eh bien! quel est le médecin qui forcé de choisir en pareil cas entre la vie de sa femme et celle de l'enfant qu'elle porte dans son sein, hésiterait à autoriser le sacrifice de ce dernier?"

A ces considérations, Ramsbotham ajoute que la grande raison de l'opposition des auteurs catholiques à la pratique de la craniotomie quand l'enfant est vivant, venant de l'importance qu'ils attachent à l'administration du baptême, cette opposition devrait cesser, maintenantque l'Eglise reconnaît la validité du baptême administré au moyen d'injections sur l'enfant dans l'utérus.

Le Dr Osborn prétend que l'enfant dans l'utérus, en perdant la vie par la craniotomie, ne souffre presqu'aucun dommage, parce qu'alors, il n'éprouve aucune crainte, ni aucune douleur soit mentale, soit physique. Pour lui la sensibilité chez le fœtus est nulle ou presque nulle; et il en conclut qu'on ne saurait accuser de cruauté le médecin qui a recours à la céphalotomie pour sauver la mère.

Ce médecin est de l'opinion d'Alphonse Leroy qui dit que: "La naissance des animaux n'est qu'un prompt passage d'un mode d'existence à un autre, et que l'enfant dans l'utérus vit d'une vie entièrement végétative."

Pour appuyer sa thèse le Dr Osborn dit que, si l'enfant souffrait des actes de violence nécessités par la craniotomie, il devrait certainement exprimer sa douleur par des efforts ou des mouvements dont la mère aurait conscience, tandis que selon lui, il n'en est jamais rien.

Puis il ajoute: "Ayant prouvé que la perte de la vie pour l'enfant est d'une importance si minime qu'elle équivaut presqu'à rien, et que ses souffrances corporelles pendant l'opération sont entièrement nulles, il convient maintenant d'examiner quelle est la valeur d'un enfant qui n'est pas encore né pour ses parents et pour la société. Avant la naissance de l'enfant, l'affection maternelle, qui par un des plus sages desseins de la Providence, est une des passions les plus générales et les plus incontrolables chez la femme, n'existe pas encore; et dans ces circonstances, la malheureuse mère ne fait pas le sacrifice d'une jouissance actuelle et dont elle possède l'objet, mais elle subit seulement le désappointement de la privation d'un plaisir qu'elle attendait et qu'elle espérait."

"Quant à la société, dit-il, la perte d'un enfant doit être d'une importance bien peu considérable, si on se rappelle le grand nombre d'enfants, qui pour différentes causes, meurent avant d'être nés, et si on pense aux périls et aux dangers qui accompagnent l'existence d'un enfant jusqu'à l'âge de deux ans; et si surtout, si on réfléchit combien il a peu de chances de se rendre à un âge où il pourra être utile à ses concitoyens et jouir lui-même des plaisirs du monde."

Un autre auteur dont j'ignore le nom, prétend que la mère

et l'enfant ne forment qu'une seule et même personne ; et que comme il est permis et même convenable de sacrifier une partie pour sauver le tout, ainsi l'on doit sacrifier l'enfant qui n'est qu'une partie peu considérable pour sauver la mère qui est le corps principal.

A part ces différents arguments tous tirés plus ou moins, de la politique, comme le dit Ramsbotham, et des sentiments, M. Avanzini a en cherché d'autres dans les enseignements de la théologie. D'après cet auteur, si la femme ne veut pas consentir à subir l'opération césariénne, l'enfant doit mourir ; et dans ce cas, en pratiquant la craniotomie, il n'y aurait que le mode de mort de changé, ce qui est peu important, de sorte que le médecin est justifiable de la pratiquer.

Puis répondant à ceux qui prétendent que la craniotomie quand l'enfant est vivant ne doit jamais se faire, parce qu'il n'est pas permis de tuer un innocent, M. Avanzini cherche à prouver qu'en certains cas la chose est licite. Ainsi, dit-il, étant poursuivi par un ennemi qui veut attenter à ma vie, il m'est permis en me sauvant, d'écraser un enfant qui se trouve sur mon chemin : ou encore, je puis tuer un innocent dont un juste agresseur se ferait un bouclier ; alors pourquoi ne serait-il pas permis de sacrifier l'enfant pour sauver la mère ?

Plus loin, il ajoute que si l'enfant est formellement innocent, il est matériellement un injuste agresseur vis-à-vis de sa mère dont il met la vie en danger ; or, s'il est permis à quelqu'un de tuer est fou furieux qui menacerait sa vie, il devrait être également permis à la femme de sacrifier la vie de son enfant pour sauver la sienne. Car le fou est aussi formellement innocent que l'enfant, puisqu'il n'est pas responsable de ses actes.

Tel est, Messsieurs, en résumé, l'ensemble des raisons apportées par les partisans de la craniotomie quand l'enfant est vivant: voyons maintenant ce que répondent les partisans de l'opinion contraire.

Avant d'aller plus loin, un fait qu'il est important de noter, c'est que tous les théologiens sont unanimes à se prononcer contre l'opération quand l'enfant est vivant. Quand je dis tous les théologiens, je passe par dessus une ou deux voix discordantes et sans autorité ; en effet, jusqu'aujourd'hui les partisans de la craniotomie n'ont pu rallier à leur cause parmi ceux qui se sont occupés de théologie, que Théophile Raynaud et M. Avanzini.

Un reproche que l'on fait généralement aux défenseurs de la craniotomie. et qui paraît bien fondé, est celui de déplacer la question. Au lieu de se demander s il est permis de tuer l'enfant pour soustraire la mère à un grand danger, ils recher-

chent la valeur respective de la vie de l'enfant et de celle de la mère; puis ils tirent leurs conclusions, faisant ainsi, d'une question de devoir, une question d'opportunisme, de politique, de convenance ou de sentiments. De plus, ils affirment sans restriction qu'ils sacrifient l'enfant pour sauver la mère, comme si l'opération laissait toujours la femme saine et sauve. Cependant les statistiques sont là pour prouver que la céphalotomie, non seulement est toujours suivie de la mort de l'enfant, mais aussi qu'elle entraîne souvent celle de la femme; de sorte que même en suivant les partisans de la craniotomie sur le terrain qu'ils on choisi, leurs raisonnements ne sont pas aussi forts qu'ils peuvent le paraître au premier abord.

Dans le plaidoyer qu'a fait Cazeaux en faveur de la céphalotomie, nous l'avons vu avancer que l'opération césarienne était suivie de la mort de la femme dans près des quatre-cinquièmes des cas; et cependant, deux pages plus loin, dans le même ouvrage, il affirme que sur 164 cas, 62 femmes guérirent; ce qui donne 39 pour cent ou plus d'un tiers de guérisons sur le nombre total. De plus, dans le même chapitre, il rapporte que le Dr Metz, d'Aix-la-Chapelle, a eu sept succès sur huit cas où il a fait l'opération césarienne; et que cinq autres cas opérés par les Docteurs Vossen, Kesselhaul, Kilian et Gentz ont tous eu un résultat favorable. Ce qui fait douze succès sur treize opérations. Il cite aussi M. Guizard qui a publié trois faits heureux. Aussi Cazeaux est-il obligé d'avouer que l'opération césarienne réussit assez souvent dans les petites villes et surtout à la campagne, et cela dans la proportion de deux sur trois, et même de trois sur quatre. Or si l'opération réussit beaucoup plus souvent à la campagne, l'on devrait en tenir compte pour décider une question aussi grave que celle de la craniotomie pratiquée sur l'enfant vivant, et il ne me paraît pas juste de ne puiser ses renseignements que dans les grandes villes et surtout dans les maternités, où les malades sont plus ou moins entassées et se trouvent dans des conditions hygiéniques défavorables.

Quoique partisan de la craniotomie dans certains cas, même lorsque l'enfant est vivant, Dewees admet que l'opération césarienne est souvent suivie de succès. Figueiria qui est celui qui donne les statistiques les plus considérables sur cette opération, déclare que, sur 790 cas qu'il a pu recueillir, 424 femmes moururent, et que 366 échappèrent à la mort. Churchill dit, que sur 371 cas sur lesquels il a pu avoir des renseignements, 217 se terminèrent d'une manière heureuse pour la femme, et 154 d'une manière fatale. Pihan Dufeillay déclare que l'opération, faite dans des circonstances favorables, aussitôt qu'on a reconnu l'impossibilité de l'accouchement par les

voies naturelles, donne près de 75 p. 100 de survie. (*Archives gén. de méd.*, 1861.) D'après Baudelocque, sur deux cent trente cas opérés en France et dans d'autres parties de l'Europe, cent trente-neuf femmes ont échappé à la mort, ou près de 65 pour cent ; ce qui est loin des vingt pour cent de Cazeaux. Il résulte de là qu'il ne faut pas ajouter une foi trop grande à cet auteur quand il parle des quatre-cinquièmes de cas malheureux, surtout lorsque l'on voit d'autres écrivains également respectables donner des statistiques plus favorables.

Le Dr Porro de Pavie a inventé, il n'y a que quelques années, une méthode de pratiquer l'opération césarienne qui donne un résultat très satisfaisant ; elle consiste à enlever, après l'extraction du fœtus, l'utérus et les ovaires. M. S. Tarnier ayant opéré avec succès une femme dans le mois de mars 1879 par cette méthode, en fit rapport à la séance de l'académie de médecine tenue le 29 juillet suivant. Suivant cet éminent praticien, en faisant l'ablation de l'utérus et de ses annexes, on supprime les deux causes les plus fréquentes de la mort après l'opération césarienne : 1° l'hémorrhagie interne qui survient par la plaie utérine quelques minutes ou quelques heures après l'opération ; 2° l'épanchement des lochies et du pus dans le péritoine, origine fréquente de péritonites mortelles. Enfin on supprime aussi et la plaie de l'utérus et celle de la surface d'insertion du placenta.

Après avoir rapporté ce fait, le journal de médecine, *Le Praticien* ajoute les réflexions suivantes : " L'opération de Porro a été déjà pratiquée vingt-neuf fois depuis le 21 mai 1876, et a donné quinze succès. M. Tarnier qui croit être le premier qui l'a faite en France, pense qu'elle est appelée à juste titre à prendre rang dans la chirurgie. Elle est certes supérieure, comme résultat, à l'opération césarienne ordinaire, et si elle semble avoir le désavantage de supprimer les organes de la génération, il faut reconnaître que, par cela même, elle supprime une cause de danger futur, en même temps qu'elle remédie à un péril immédiat.

La céphalotripsie, préférée jusqu'ici par la plupart des accoucheurs et par M. Tarnier lui-même, voit sa supériorité ébranlée par cette observation. Il est certain que l'hésitation est permise dans les cas de rétrécissement moyen du bassin qui permettent, à la rigueur, à la femme d'avoir d'autres enfants vivants. Mais si le rétrécissement du bassin dépasse 66 millimètres, la céphalotripsie qui sacrifie naturellement tous les enfants, ne sauve qu'environ la moitié des femmes. L'opération de Porro, tout en sauvant aussi la moitié des femmes, sauverait aussi tous les enfants, si l'on a le soin d'opérer de

bonne heure. Si l'on attend, au contraire, on sacrifie inutilement la vie de l'enfant, et l'on compromet gravement celle de la mère."

Ces résultats heureux suivant l'opération césarienne n'auront pas lieu de surprendre, si on considère le grand nombre d'opérations de gastrotomie qui ont été faites avec succès depuis quelques années. Péan, à Paris, en a fait plusieurs centaines avec une moyenne de succès d'à peu près de quatre-vingt sur cent. Spencer Wells, à Londres en a fait plus d'un millier avec les mêmes heureuses conséquences. On objectera peut-être que la plus grande partie de ces opérations n'étaient pas d'une nature aussi grave que l'opération césarienne, et qu'elles n'ont été faites que pour l'extraction de tumeurs ovariennes qui se trouvaient placées d'une manière superficielle dans l'abdomen Cependant, les journaux de médecine ont rapporté très souvent des cas d'ablation de tumeurs placées profondément dans la cavité abdominale et attachées aux organes les plus importants, souvent même elles étaient si adhérentes à l'organe que le chirurgien a été obligé d'extraire ce dernier avec la tumeur. Ainsi dans la *Gazette hebdomadaire* du 19 octobre 1879. on voit que M. Tillaux a rapporté à l'académie de médecine un cas d'hystérotomie, qu'il avait opéré pour un fibrome volumineux, qui mettait la vie de la malade en grand danger, et que l'opération a été suivie d'une guérison complète.

De plus, il est bon de remarquer que ces tumeurs datent souvent depuis longtemps, que souvent aussi elles ont opéré des dérangements dans les organes voisins, qu'il s'est formé des adhérences qui rendent leur extraction plus difficile et plus dangereuse, de sorte qu'en moyenne, on peut dire que l'opération césarienne, faite dans les circonstances ordinaires, n'offre pas plus de risques que leur ablation, surtout si elle est pratiquée d'après la méthode de Porro.

La craniotomie n'est pas aussi inoffensive pour les femmes que ses partisans se plaisent à le répéter ; et quand ils disent qu'ils sacrifient l'enfant pour sauver la mère, ils font un avancé qu'il leur serait très difficile de prouver. Ils sacrifient l'enfant bien certainement ; mais sauvent-ils la mère aussi souvent qu'ils le prétendent? Les faits ne semblent pas leur donner raison. Baudelocque dit que plus de la moitié des femmes sur lesquelles on a opéré la céphalotomie sont mortes. Dewees parait adopter cette opinion. Schroder, partisan de la craniotomie, dit : "Si l'opération *est le plus souvent suivie d'un résultat funeste*, c'est parce qu'elle n'a été pratiquée qu'après que l'on a essayé de terminer l'accouchement par des tentatives exagérées et trop longtemps prolongées avec le forceps, et que

l'on n'a pu y parvenir." Cet auteur admet donc que la craniotomie, est le plus souvent fatale à la mère, quoiqu'il cherche a expliquer cette fatalité par des causes qui lui sont étrangères, Et *Le Praticien* dans l'extrait cité plus haut admet sans restriction que la céphalotripsie ne sauve que la moitié des femmes.

Le Dr Osborn et plus tard Cazeaux, pour prouver le peu de valeur de la vie du fœtus, se sont appuyés sur le grand nombre d'enfants qui meurent avant leur naissance et surtout avant de se rendre à un âge assez avancé pour être utile à la société, et pour jouir eux-mêmes de ses bienfaits. On peut leur répondre avec Dewees que cet argument loin d'être en leur faveur, est contre eux ; car si malheureusement, il meure un grand nombre d'enfants dans le sein de leur mère et quelque temps après leur naissance, le médecin doit faire tout ce qui est en son pouvoir pour diminuer ce nombre. Or par la craniotomie, on obtient justement l'effet contraire.

La comparaison que ces deux auteurs font entre une jeune mère de famille "que mille liens sociaux et religieux attachent à tous ceux qui l'entourent et un enfant qui n'est pas encore né" et des services que l'un et l'autre peuvent rendre à la société peut n'être pas toujours juste. Car, qui peut dire si cet enfant sacrifié à l'intérêt de la mère, ne serait pas un jour un bienfaiteur ou une gloire pour son pays ou pour l'humanité toute entière ? Quel malheur pour le monde si les inventeurs de la télégraphie, de l'imprimerie, des machines à vapeur ou d'autres inventions aussi utiles, s'étaient trouvés dans les circonstances voulues par les partisans de la craniotomie, et eussent été sacrifiés pour sauver leur mère du danger de l'opération césarienne !

Quand Cazeaux s'adressant à ses confrères s'écrie : " eh bien ! quel est le médecin qui forcé de choisir en pareil cas entre la vie de sa femme et celle de l'enfant qu'elle porte dans son sein hésiterait à autoriser le sacrifice de ce dernier, " il est évident qu'il fait appel à leurs sentiments et non à leur conscience, quoiqu'il prétende s'appuyer sur un des grands principes de la morale. On pourrait lui répondre par la question suivante : Quel est le médecin qui consentirait à enfoncer dans le crâne d'un enfant dans son berceau, un instrument meurtrier pour sauver la mère de cet enfant d'un grand danger? Il est tout probable que Cazeaux et ses amis répondraient que pas un médecin ne voudrait se rendre coupable d'un acte de cruauté semblable, et se faire le bourreau d'un pauvre petit innocent, dont la faiblesse même constitue un titre à la protection de la société ; et cependant, c'est ce qu'ils conseillent quand ils recommandent de pratiquer la craniotomie sur l'en-

fant vivant pour soustraire la mère au danger de l'opération césarienne. La seule différence qui existe, c'est que dans un cas, l'enfant est dans l'utérus, et dans l'autre, il est dans son berceau.

Lorsque Ramsbotham dit que l'église reconnait la validité du baptême administré au moyen d'injections dans l'utérus, il commet une inexactitude bien pardonnable, il est vrai, pour un protestant; la validité du baptême est admise alors comme probable et non comme certaine; et c'est pourquoi les théologiens conseillent toujours de rebaptiser l'enfant sous condition après sa naissance. D'ailleurs, il n'est pas plus permis de tuer un être baptisé que celui qui ne l'est pas; la seule différence qui existe dans l'un et l'autre cas consiste dans la gravité de l'offense: donner volontairement la mort à un innocent est toujours un crime.

Le Dr Osborn fait une assertion toute gratuite quand il affirme que le fœtus est insensible. Une foule de faits prouvent le contraire. "Il n'est pas vrai, dit Blundell, que le fœtus soit privé de sensibilité, comme quelques-uns l'ont imaginé et comme l'accoucheur pourrait le désirer, quand il est pour se servir du perforateur. En faisant la version, j'ai introduit le doigt dans la bouche du fœtus pour voir s'il sucerait. Dans deux circonstances, chaque enfant a sucé aussi fort avant la naissance qu'après montrant par là qu'il ressentait le sentiment de la faim, et qu'il s'apercevait de la présence de mon doigt."

Dewees rapporte que pendant une opération de craniotomie à laquelle il a assisté, la mère déclara, sans qu'on le lui demanda, que ce qui l'affectait le plus, c'était les douleurs et les combats de son enfant. Il est vrai que dans un grand nombre de cas, ces combats peuvent passer inapperçus, parce qu'après l'écoulement des eaux, l'utérus se contracte sur le fœtus avec une telle force, qu'il est impossible à ce dernier de faire le moindre mouvement.

Prétendre que la vie du fœtus est tout à fait végétative et qu'il n'a pas plus de sensation qu'une plante, est complètement absurde. Car, dit Dewees, avancer que la vie du fœtus dans l'utérus est végétative et qu'elle est animale après sa naissance, n'est ce pas jouer sur les mots? Quelqu'un a-t-il jamais démontré une différence dans la qualité du principe vital dans ces deux conditions de la vie de l'enfant? La différence ne consiste-t-elle pas entièrement dans la manière dont ce principe est conservé? Ou en d'autres termes, les mêmes principes ne sont ils pas nécessaires à la conservation de la vie avant et après la naissance?

Quand l'enfant est dans l'utérus peut-il plus vivre sans circu-

lation, sans oxigénation du sang et sans nutrition qu'après sa naissance ? J'avoue que ces choses essentielles à son existence se font d'une manière différente ; mais leur nature et leur importance sont les mêmes. Retranchez au fœtus dans l'utérus, pendant un certain temps, l'une de ces fonctions, il mourra certainement, tout comme il mourrait si la chose arrivait après sa naissance.

Au point de vue de la morale, le crime de celui qui détruit avec intention la vie du fœtus est le même, qu'il appelle cette vie végétale ou animale ; et on ne doit pas chercher à la déprécier ou se laisser entrainer à la détruire sans raison, en lui donnant des noms qui n'ont pas de sens défini. De plus, que les noms que l'on donne à la vie du fœtus ait un sens clair et précis, ou non, au point de vue moral, sa destruction doit toujours être considéré comme un crime."

Pour ce qui est de l'affection maternelle, quand le Dr Osborn déclare qu'elle n'existe pas avant la naissance, il se trompe grandement ; et il faut qu'il ait eu bien peu d'expérience dans sa profession ou qu'il ait été bien préjugé pour faire cet avancé. Car comment expliquer tous les sacrifices que s'imposent les mères pour arriver heureusement à la fin de leur grossesse ? Quel n'est pas leur chagrin et leur douleur quand un accident fait que le produit de la conception vient au monde privé de la vie ? Si ces sentiments ne sont pas dus à la tendresse maternelle le Dr Osborn aurait du dire d'où ils proviennent.

Quant à l'auteur inconnu qui prétend que la mère et l'enfant ne font qu'une seule et même personne, le bon sens commun en a fait prompte justice ; il est si clair et si évident qu'ils forment deux personnes distinctes qu'il est presqu'inutile de réfuter cette opinion. En effet la mère et l'enfant ont chacun une âme et chacun un corps parfaitement distincts : et si le fœtus tire sa subsistance de sa mère, il ne fait que ce qu'il fera encore pendant assez longtemps après sa naissance. Or il n'est jamais venu à l'idée de personne de dire que l'enfant qui est au sein de sa mère ne forme qu'une même personne avec elle.

Maintenant supposons que la vie de la mère a une valeur bien plus grande que celle du fœtus, que ce dernier ne possède aucune sensibilité, et qu'il n'éprouve pas plus de douleur corporelle que de douleur mentale ; que, fut-il extrait du sein de sa mère par l'opération césarienne, il n'a presqu'aucune chance de vivre au delà de deux ans, que l'affection maternelle n'existe pas avant la naissance de l'enfant ; supposons encore que la craniotomie est presque toujours suivie d'un résultat heureux pour la mère, tandis que l'opération césarienne lui est le plus souvent fatale, et demandons aux théologiens s'il est permis de

tuer l'enfant pour sauver la mère? Tous sont d'accord à répondre: *non licet.* Il n'est jamais permis d'enlever la vie à l'innocent; ce droit n'a été accordé ni aux rois, ni aux empereurs, ni aux gouvernements: Dieu se l'est réservé pour lui seul. Quand bien même le salut de tout un peuple dépendrait de la mort d'un juste, personne n'aurait le droit de mettre ce juste à mort. Ainsi une ville considérable est assiégée par un ennemi qui la presse de tous côtés; elle est privée de vivres, et si elle n'est pas prised'assaut, la famine va décimer ses habitants. Dans ces circonstances, le commandant de l'armée assiégeante fait savoir aux assiégés qu'ils aient à faire mourir un de leurs concitoyens, sinon qu'il va tous les passer au fil de l'épée ou les laisser mourir de faim. Les assiégés pour se sauver d'une ruine certaine ont-ils le droit de faire mourir ce concitoyen? Les moralistes sont unanimes à répondre dans la négative, parce que dans aucun cas, il n'est permis de tuer un innocent. Si pour sauver une multitude considérable, la morale défend de faire périr un innocent, à plus forte raison le défend-elle quand il ne s'agit que du salut d'une seule personne comme dans la craniotomie.

(à suivre)

Leçon Clinique

Donnée aux Elèves de l'Université-Laval, à l'Hôpital Notre-Dame,
Par A. T. Brosseau, Prof. de Clinique Chirurgicale.

(Suite et fin.)

Afin de vous faciliter l'étude des hernies étranglées permettez messieurs que je vous fasse un exposée succinct de leur étiologie, de leur diagnostic et de leur traitement.

J'ai consulté sur le sujet les incomparables traités de MM. Gosselin, Duplay, Erichsen et Bryant. Nous commencerons par décrire ce que l'on entend par *agent* de l'étranglement herniaire.

Ses dimensions varient, de même que sa forme, celle-ci donne au doigt la sensation d'une bride circulaire tranchante, ou le point rétréci présente une certaine longueur et parait comme canaliculé, ou l'obstacle ne parait siéger que sur un point du contour que l'on appelle vive arête.

L'orifice est quelquefois si étroit que l'on peut a peine y introduire une sonde.

Le pédicule de la hernie est embrassé par le collet qui lui, est entouré par les anneaux fibreux. On a cru pendant longtemps que ces anneaux fibreux (les piliers de l'oblique externe ligament de gimbernat) anneau ombilical étaient seuls agents de la constriction.

Mais plus tard on s'apperçut qu'il fallait parfois débrider sur le collet du sac, de là la théorie de l'*étranglement par le collet du sac.*

Une troisième opinion a été soutenue, c'est que la constriction était opérée par des *anneaux accidentels,* par exemple dans la hernie crurale, les orifices du facia cribriformis.

Ces trois opinions ont été soutenues par des hommes non moins célèbres que Dupuytren, Malgaigne, Velpeau, Richet, Gosselin.

M. Duplay prétend, avec raison, je crois, que chacune de ces théories a été défendu d'une façon trop obsolue et qu'il est plus sage d'admettre que les diverses parties qui environnent le pédicule de la hernie, contribuent chacune pour une part plus ou moins large, à l'irriductibilité.

Par exemple, une hernie que l'on réduit facilement en ne faisant que le débridement externe, sans ouverture du sac, n'était certainement pas étranglée par le collet du sac, ou par les anneaux accidentels, et c'est chose que l'on voit souvent dans la hernie crurale où la constriction est dûe, soit au ligament de gimbernat ou au facia cribriformis.

On peut poser comme axiome que le chirurgien ne doit diviser que juste ce qui est nécessaire a une réduction complète.

Il doit cependant s'assurer, avant de réduire que tout étranglement a été détruit *dans* le sac comme en *dehors.*

Quant au résultat de l'opération, il y a tant de différence entre le débridement externe seul et l'ouverture du sac, que certains chirurgiens (Bryant entre autres) appellent le débridement externe "*l'operation mineure*" et le débridement avec ouverture du sac "*l'opération majeure.*"

Ils ajoutent même que la kélotomie sans ouvrir le sac, ne diffère du taxis que par l'incision de la peau, et c'est pourquoi ils conseillent d'opérer de suite après un taxis inefficace dans les hernies qui s'étranglent dès le moment de leur sortie de la cavité abdominale et par conséquent avant la formation d'un collet résistant.

On conseille aussi d'opérer de suite *après un taxis infructueux* dans les hernies anciennes afin d'éviter les suites de l'inflammation que ce taxis peut causer.

L'étranglement peut avoir lieu au moment de la première descente d'une hernie, mais plus généralement cela arrive quand elle a existé durant des années, quinze ou vingt ans.

Le mécanisme de l'étranglement est le suivant, un violent effort pousse l'intestin au dehors, puis les gaz ou les matières fécaloïdes s'engagent dans cet intestin et augmentent considérablement le volume, delà l'étranglement.

Ou bien encore, l'épiploon et l'intestin s'enflamment, et augmentent de volume, de là résulte une disproportion entre les parties herniées et les contours résistants, de même que le doigt atteint de panaris s'étrangle sur l'anneau laissé autour de lui.

Parmi les symptômes de l'étranglement herniaire, il en est qui se présentent toujours et qui doivent être regardés comme pathognomoniques, tandis qu'il en est d'autres qui ne se montrent que rarement.

Le mode d'apparition, la succession, l'intensité des symptômes présentent des différences qui font varier, le début, la marche et la terminaison de l'étranglement.

Souvent la tumeur a une dureté telle qu'elle donne le sensation d'un corps solide.

Cette dureté qui est due à l'extrême distension du sac est plus commune dans les petites que dans les grosses hernies.

Ordinairement la hernie étranglée donne un son mat à la percussion ; certaines hernies volumineuses sont cependant très sonores en raison de la quantité de gaz contenus dans l'intestin.

La constipation n'a de valeur diagnostic qu'à partir des vingt-quatre premières heures : car il est reconnu que beaucoup de malades éprouvent le besoin d'aller à la selle aussitôt l'étranglement produit et expulsent en une ou deux séances le contenu de l'intestin qui siége au-dessous de l'étranglement.

On appelle étranglement *aigu* celui dans lequel les symptômes se montrent durant les deux premiers jours, et *chronique* ou *lent* celui dans lequel les phénomènes caractéristiques ne se montrent qu'au bout de quatre ou cinq jours. La première de ces variétés correspond surtout à l'étranglement des petites hernies ; la seconde a celui des moyennes ou des grosses il est aussi un bon nombre d'étranglements qui présentent des aggravations et des rémissions.

La tumeur ne reçoit *pas* l'impulsion déterminée par la toux dans une hernie étranglée. Il y a affaiblissement du pouls, diminution notable de la colorification, la face devient grippée. La constipation n'est pas aussi opiniâtre dans lépiplocèle que dans l'entérocèle, cependant le traitement doit être le même, puisque la terminaison sera la même, la *péritonite.*

L'étranglement abandonné a lui-méme se termine par la mort ou par un anus contre nature.

Le diagnostic des hernies et souvent difficile. Le malade dit qu'il va à la garde-robe ou il ignore qu'il a une hernie ou il porte depuis longtemps une hernie irréductible et il a momentanément une constipation, etc., etc., autant de sujets de confusion qui ne serait pas sur ses gardes. Dans la péritonite la sensibilité du ventre est plus étendue, plus vive, la constipation n'est pas absolue. Dans ces cas douteux on a proposé d'avoir recours au purgatif *d'exploration* ou encore au taxis avec chloroforme.

Il y a moins d'inconvénients a croire à un étranglement qui n'existe pas et agir en conséquence, qu'à méconnaître un étranglement qui existe réellement. Souvent l'erreur est dûe à la légèreté avec laquelle le médecin examine son malade.

Rien ne saurait excuser un médecin qui en présence d'un patient qui vomit, ne va pas à la selle et dont le ventre se ballonne, néglige d'explorer le pli de l'aine, l'ombelic et les autres régions qui peuvent donner passage aux hernies.

Bien des malades peu soucieux de leur personne ne savent dire si leur tumeur était réductible ou irréductible, mais s'ils ont déjà porté un bandage, il est à présumer que la hernie était réductible. Le chirurgien doit aussi savoir si la tumeur contient de l'intestin, de l'épiploon, ou les deux à la fois.

La sonorité et le gargouillement indiquent à coup sûr la présence de l'intestin. On reconnait l'épiploon à sa consistance lobulée, à l'existance dans le ventre d'une corde épiploïque à laquelle Velpeau attribuait une grande valeur diagnostique.

Il n'est pas toujours facile de dire si une hernie est étranglée ou si elle n'est qu'enflammée. Dans le premier cas les symptômes de l'étranglement prévalent, tandis que dans le second, les phénomènes locaux, de même que la réaction générale sont ceux de l'inflammation, dans l'inflammation il y a harmonie dans l'aggravation ou l'amélioration de ces symptomes locaux et généraux.

TRAITEMENT DE L'ÉTRANGLEMENT HERNIAIRE.

En présence d'un étranglement herniaire, *l'indication capitale* est de *lever l'étranglement* soit par le taxis soit par la kilotomie.

Le taxis est d'origine fort ancienne, mais les anciens chirurgiens dépourvus de l'anesthésie, de la résolution chloroformique étaient obligés de la pratiquer pendant un temps fort long,

d'où résultaient de grands dangers, ecchymoses, perforations, péritonite.

Il est prouvé depuis longtemps que le chloroforme rend le taxis beaucoup plus facile et plus efficace, cependant nous voyons encore souvent des médecins ne pas tirer parti de cet incomparable avantage, faire souffrir leurs malades et échouer dans leur tentative.

Posons donc en principe que dans tous les cas difficiles le taxis ne doit être pratiqué qu'avec l'aide de l'anesthésie complète et qu'un médecin qui en priverait son malade serait grandement blamable.

Voici comment le taxis doit être pratiqué.

Placer le sujet de telle façon qui ses parois abdominales *soient complètement relachées*, position horizontale, tête élevée, cuisses fléchies, etc.

Le chirurgien saisit entre le pouce et les premiers doigts de la main gauche le pédicule de la hernie, de manière à l'entourer, à l'effiler et à l'éloigner légèrement de l'anneau; puis il saisit de la main droite, à pleine main, le corps de la hernie sans presser sur le fond du sac, et avec les doigts et le pouce qui embrassent la tumeur, il cherche à en saisir le contenu et à le faire pénétrer dans l'anneau par une pression méthodique.

Les doigts de la main gauche ainsi disposés empêchent les viscères de s'étaler et s'aplatir autour de l'orifice. Si les premiers efforts sont infructueux, il faut varier la position des doigts et la direction des pressions.

Les pressions doivent toujours être plus énergiques de la part de la main qui refoule la hernie que de celle qui étreint le pédicule.

Maisonneuve a cherché à *pédiculiser* les hernies en en roulant autour du pédicule, deux ou trois tours très serrés d'une bande en caoutchouc, puis le reste de la bande autour du corps de la hernie—ce procédé produit souvent une détente subite, qui indique que la réduction vient de s'opérer.

Lannelongue conseille de comprimer d'une façon continue la *paroi abdominale* en y plaçant un sac à plomb. D'autres conseillent de mettre les deux pouces de chaque côté du collet du sac et d'exercer des pressions de manière à refouler dans le canal les parties qui sont immédiatement au-dessus de lui.

A bout de ressources, on peut encore essayer l'ancienne méthode d'*inversion* du malade par laquelle les jambes du patient sont passées sur les épaules d'un aide, le corps ne reposant sur un lit que par la tête et les épaules; les muscles du ventre sont ainsi fléchis, détendus, les viscères s'étalent sur le diaphragme et le refoulent sur la poitrine—la masse intestinale

exerce alors une traction sur la partie étranglée qui suffit souvent à la dégager.

Il ne faut faire rentrer par ce procédé qu'un intestin dont l'état n'est pas du tout suspect.

Le chirurgien peut être trompé par une fausse apparence de réduction, cela vient de ce que les pressions ont refoulé tout à la fois et la tumeur et les plans musculaires sur lesquels celle-ci reposait. En pédiculisant bien la hernie avec les doigts et le pouce de la main gauche, comme nous l'avons indiqué, on évite cette fausse apparence de réduction.

On évitera aussi cette erreur en s'assurant que les anneaux et le trajet inguinal sont bien libres après la réduction.

Si les malades sont soumis à des tentatives inconsidérées de réduction, l'intestin est ensuite prédisposé à l'inflammation et à la gangrène.

Certains médicaments, tels que la saignée, les vomitifs, le tabac, la belladone, l'opium, étaient employés autrefois en même temps que le taxis, mais ils doivent être proscrits du traitement des hernies étranglées comme inutiles ou dangereux, le chloroforme vaut mieux à lui seul que tous ces médicaments réunis. Les purgatifs sont trop fréquemment employés encore de nos jours, ils sont plus nuisibles qu'utiles, ils doivent être réservés aux cas où il s'agit de s'assurer que l'on n'a point affaire à un étranglement véritable.

Les cataplasmes émollients, les pommades belladonées amènent parfois une détente qui facilite la réduction ainsi des bains prolongés.

Les compresses froides, vessies de glace ont semblé dans quelques cas exercer une heureuse influence, mais elles doivent être de courte durée.

Nous devons signaler comme inutiles ou dangereux l'introduction d'une canule dans le rectum, les injections forcées, l'introduction de la main, etc.

La ponction avec le trocart de l'aspirateur est dans quelques cas, un adjuvant utile au taxis, mais elle s'est souvent montrée inefficace.

Lorsque le taxis a échoué, on ne possède plus que la kélotomie pour *lever l'étranglement* et obtenir la réduction.

Elle doit même être pratiquée d'emblée et sans taxis préalable lorsque l'intestin est soupçonné de porter de sérieuses lésions. La kélotomie est donc au plus haut degré une opération d'*urgence* à laquelle doivent être préparés tous les médecins.

MANUEL OPÉRATOIRE.

Quand le malade vient d'être endormi pour subir le taxis, il y a avantage à prolonger l'anesthésie pour faire la kélotomie.

Le chirurgien dispose sur une table les instruments requis, bistouris, droit, boutonné, courbe, pinces hémostatiques, etc.

L'incision de la peau doit dépasser en haut le point au niveau duquel on pense trouver l'agent de l'étranglement: elle est faite suivant le grand axe de la tumeur.

En dessous de la peau on trouve quelquefois un tissu cellulaire abondant, d'autres fois des couches lamelleuses superposées, que l'on divise en glissant au-dessous une sonde cannelée.

On est averti que l'on approche du sac quand on est en présence d'une couche fibreuse présentant une *couleur foncée, vineuse* ou *noirâtre*. C'est l'intestin que l'on aperçoit au travers du sac. On est sûr de *ne pas* être arrivé sur le sac tant que la couleur des tissus est celle du *tissu graisseux*. Avouons cependant que dans certains cas il est difficile de bien reconnaître le sac: on le divise sans s'en apercevoir, et alors tous les assistants crient: "Ah! c'est lui."

Avec des pinces à disséquer on saisit une faible portion de l'épaisseur de cette couche et on y fait en dédolant une petite incision par laquelle on introduit la sonde cannelée. L'ouverture est agrandie en haut et en bas, et l'on découvre alors l'intestin qui est d'un rouge vineux ou d'un brun noirâtre. On le reconnait aisément par sa renitence et par sa forme caractéristique.

Le chirurgien procède alors à la recherche de l'agent de l'étranglement, il glisse son doigt dans l'intérieur du sac jusqu'à ce qu'il se sente *arrêté par un contour fibreux, rigide*, au niveau duquel l'intestin paraît étroitement serré comme dans un anneau.

La section de cette anneau constitue le *débridement*.

On se sert d'un bistouri boutonné (celui de Couper) que l'on glisse sur l'index gauche qui protége en même temps l'intestin.

On fait le débridement par quelques légers mouvements de va et vient, ou si l'instrument est bien effilé, une simple pression suffit; par la simple pression on ne coupe que les parties tendues, donc moins de danger de blesser les vaisseaux. Une sensation de craquement fibreux perçue par le doigt indique que l'anneau constricteur a cédé.

Depuis que l'on a abandonné les longues incisions des chirurgiens anciens, on s'effroye moins du danger d'hémorrhagie.

Un débridement de quelques millimètres suffit en effet, dans

le plus grand nombre de cas. S'il ne parait pas donner assez de place on peut faire une ou deux autres petites incisions, ou chercher a dilater avec le doigt ou avec un instrument mousse, par exemple une paire de pinces que l'on introduit fermés et que l'on retire en les ouvrant.

Lorsqu'on a débridé l'agent de l'étranglement il ne reste plus qu'à réduire l'intestin, s'il ne présente aucune lésion grave, il faut examiner avec grand soin l'ance herniée et surtout le contour de la portion serrée, dans ce but on l'attire légèrement au dehors afin de juger de sa coloration, sa consistance, son odeur. Le chirurgien doit ensuite comprimer légèrement l'intestin afin de faire passer son contenu dans les bouts supérieur et inférieur, puis repousser successivement les parties les plus voisines de l'anneau. Le plus souvent la réduction s'effectue d'abord lentement puis termine brusquement.

L'*affaissement* et la *coloration* livide de l'intestin sont les signes les plus certains de gangrène.

Un diagnostic précis de la variété de hernie indiquera le sens suivant lequel doit s'opérer le débridement.

Grâce à la précision plus grande du diagnostic aux petits débridements multiples, à la dilatation des anneaux pratiquée avec le doigt ou un instrument mousse. On n'a plus guère aujourd'hui à redouter les hémorrhagies. On ne doit pas manquer de prescrire aux sujets guéris d'une hernie étranglée par la kélotomie de porter un bandage, car l'observation prouve qu'une nouvelle hernie se montre fréquemment dans le point même qu'occupait la première.

Dans bon nombre de cas, la mort, après une kélotomie, survient par le fait d'une péritonite résultant de l'ouverture de la cavité péritonéale. On a donc cherché depuis très longtemps à éviter ce danger en ne débridant que les anneaux fibreux. Ce débridement dit *externe* n'intéresse pas du tout le péritoine et donne plus des trois quarts de guérisons, tandis que l'opération avec ouverture du sac n'en donne guère plus de la moitié.

Cette opération est des plus simples ; après avoir inciselé les enveloppes jusqu'au sac, on glisse entre les anneaux et le collet du sac, un bistouri avec lequel on débride l'orifice fibreux du trajet herniaire.

La réduction aura lieu par le taxis, vu l'agrandissement qu'aura subi le collet aussitôt après qu'on aura débridé l'anneau fibreux.

Si cette pratique reste inefficace c'est-à-dire si le contenu de la hernie résiste aux tentations de réduction on divine ensuite le sac.

Il est bien entendu que l'on peut tenter la kélotomie *sans*

division du sac que lorsqu'on est bien certain de *l'intégrité* des viscères herniées.

Quand l'étranglement a existé durant trois ou quatre jours ou même après deux jours s'il a été très serré il faut de toute nécessité ouvrir le sac afin de *voir* l'intestin et s'assurer de son état.

Les statistiques publiés par Malgaigne, Gosselin et d'autres prouvent que la gravité de l'opération dépend principalement du retard qu'on met a y avoir recours : que l'opération en elle-même n'est pas grave, que les malades meurent bien plus de l'évolution pathologique qui a débuté avec l'étranglement ou des effets d'un taxis imprudent, que traumatisme opératoire et de ses suites.

Ainsi, il vaut mieux ne pas aggraver ces lésions par un *taxis trop énergique et trop prolongé* et avoir recours à l'opération sans ouverture du sac, il est surtout de la plus haute importance que l'opération soit pratiquée le plus tôt possible.

En un mot le chirurgien appelé auprès d'un malade atteint d'étranglement herniaire ne doit le quitter qu'après avoir levé l'étranglement soit par le taxis soit par la kélotomie.

Après l'opération comme après le taxis, les anciens chirurgiens voulant à tout prix obtenir la liberté du ventre dès les premières heures prescrivaient un purgatif.

Cette pratique était bien propre à fatiguer le malade déjà épuisé et à favoriser le développement d'une péritonite latente. Aussi aujourd'hui on croit qu'il est plus avantageux de diminuer les contractions intestinales en administrant de l'opium. Dans la majorité des cas cependant, on s'en tiendra à l'expectation pure et simple. On attendra les évacuations spontanées jusqu'au troisième ou quatrième jour, alors on est autorisé à les provoquer au moyen d'un purgatif.

C'est surtout quand il y a douleur du ventre éréthisme nerveux, symptômes de péritonite commençante qu'on doit donner de l'opium à doses fractionnées dans le but de tenir l'intestin en repos.

Messieurs, pour vous faciliter l'intelligence de ce sujet toujours difficile des étranglements herniaires, je ne saurais mieux faire que de vous citer en partie le résumé qu'en donne M. Duplay dans son excellent traité de pathologie externe. "*Résumé général des indications que présente les hernies.*"

"Il est peu d'affections chirurgicales qui laissent autant à l'imprévu que l'étranglement herniaire. Mais les conditions différentes que présente chaque cas en particulier s'effacent devant les indications générales, qui peuvent être établies avec une grande précision pour les diverses catégories où l'on peut

ranger tous les faits. Le *volume* de la hernie et la *durée* de l'étranglement sont les deux conditions principales auxquelles le chirurgien devra avoir égard dans le traitement de l'étranglement herniaire.

" Supposons donc successivement les cas suivants; la hernie est petite, moyenne ou volumineuse et nous verrons pour chacun d'eux comment il faut se conduire suivant l'ancienneté de l'étranglemont.

LA HERNIE EST PETITE.

" Si l'on est appelé dans les vingt-quatre, dans les trente-six heures au plus à partir du début des accidents. On n'a guère à craindre l'existence des lésions graves de l'intestin.

" Le malade sera placé dans l'anesthésie chloroformique et l'on essaiera un taxis méthodique et suffisant pendant un temps qui n'excédera pas vingt minutes. Les efforts de réduction restent-ils infructueux, on procédera immédiatement à l'opération.

" Le chirurgien évitera d'abord d'*ouvrir le sac*, et il cherchera à réduire après avoir pratiqué le débridement externe seulement. S'il n'y pouvait parvenir, il ouvrirait le sac et terminerait l'opération par le procédé ordinaire.

" 2° Lorsque 36 heures se sont écoulées, les chances de gangrène ou de perforation intestinale augmentent ; donc, tentatives de taxis très modérées et très courtes, puis recourir aussitot à l'opération.

"A cette date il n'est pas prudent de tenter la réduction sans ouvrir le sac.

" 3° Lorsque 48 heures se sont écoulées depuis le début des accidents, la crainte de réduire un intestin perforé ou gangréné doit déterminer le chirurgien à proposer et à pratiquer immédiatement l'opération avec ouverture du sac, sans aucun taxis préalable. On se contente alors de s'assurer par quelques manipulations très ménagées que la tumeur présente bien la tension et l'irréductibilité qui caractérisent les hernies étranglées.

" On ne saurait assez répéter que lorsque la hernie est petite surtout, le chirurgien ne doit pas quitter le malade avant que la hernie soit détruite.

LA HERNIE EST DE MOYEN VOLUME.

" Si les phénomènes de l'étranglement sont bien caractarisés, on devra se conduire comme dans le cas précédant, c'est-à-dire pratiquer l'opération aussitôt après avoir eu recours au taxis

avec chloroforme. Celui-ci, suivant le volume de la tumeur et l'étroitesse présumée de l'étranglement, peut être tenté jusqu'au troisième et même jusqu'au quatrième jour.

" Le taxis infructueux doit être aussitôt suivi du débridement externe, s'il est possible, du débridement, après l'ouverture du sac, si le premier échoue.

" C'est à l'opération avec ouverture du sac qu'il faudra toujours avoir recours après le troisième jour.

" Mais si une hernie de moyen volume présentait des phénomènes fonctionnels peu accusés, donnant à présumer que le sac ne contient que de l'épiploon, et si ces accidents ne remontent pas à plus de 48 heures, on pourrait dans ce cas avoir recours au purgatif d'exploration, à la condition expresse de pratiquer le taxis, puis l'opération, si au bout de cinq ou six heures le purgatif n'avait amené aucun effet.

" L'absence de garde-robes surtout d'*émissions gazeuses* par l'anus, les vomissements joints à la consistance de la tumeur suffisent à établir la présence de l'intestin et son étranglement.

" Lorsque la hernie *est très volumineuse*, le pronostic de l'opération est si constamment fatal qu'on est autorisé à la différer le plus longtemps possible. Dans ce cas seulement, il est permis d'avoir recours plusieurs fois à un taxis modéré, auquel on joindra l'influence de la position, l'application de glace sur la tumeur, l'usage des bains prolongés, les purgatifs administrés en lavements ou à l'intérieur. On se rappellera que certaines hernies volumineuses paraissent moins serrées au bout de quelques jours que dans les premières heures de l'étranglement et qu'une réduction même incomplète par le taxis permet souvent la diminution graduelle de la tumeur et suffit à rétablir le cours des matières. On pourrait favoriser l'action du taxis en évacuant le contenu du sac et celui de l'anse intestinale au moyen de ponctions aspiratrices.

" Enfin on ne se déciderait à pratiquer le débridement, que si les accidents s'aggravant sans cesse, les vomissement devenant fécaloïdes, le ventre se tuméfiant de plus en plus, le chirurgien avait en quelque sorte la main forcée.

" Voici la conduite à tenir lorsque le chirurgien se trouve en présence d'une hernie présentant des accidents autres que ceux de l'étranglement. L'inflammation n'atteint ordinairement que des hernies très volumineuses ou des épiplocèles irréductibles depuis longtemps. Cette inflammation cède en général d'elle-même au bout de quelques jours.

" On peut retirer quelque avantage des bains des purgatifs, et surtout de la position que l'on donne à la tumeur; celle-ci doit être, autant que possible, soulevée et maintenue par un bandage ou un appareil approprié. "

REVUE DES JOURNAUX.

PATHOLOGIE ET CLINIQUE MÉDICALES.

Coqueluche, *sa nature; traitement par l'acide phénique*, par M. le Dr H. OLTRAMARE, de Genève.—Depuis longtemps, l'étude de la coqueluche, de sa symptômatologie et de son mode de propagation, a fait admettre le caractère spécifique et infectieux de cette maladie, et il ne faut pas s'étonner qu'un nombre de médecins lui aient assigné une nature parasitaire. Rosen l'attribuait à une excitation des voies respiratoires par insectes ou autres principes morbifiques; Bœlle à un miasme; Bienner à un contage contenu dans l'air expiré par le malade.

M. Poulet, en 1867, signalait des bactéridies dans les gaz provenant de la respiration. En 1870, Letzerich, allant plus loin, décrivit même l'agent parasitaire et fit des inoculations. Cet agent serait formé par des flocons de micrococcus se multipliant en culture, et se transformant en globules contenant des spores. En cultivant cet organisme sur de l'eau sucrée ou de l'amidon lacté, on voit se développer un mycelinm bien caractérisé. Les spores sont petites, d'un brun jaunâtre, d'un contour ovale. On devrait rapporter cette espèce au genre *Ustilagineitus*. L'inoculation de ce produit à des lapins determinerait chez eux la coqueluche. Sans vouloir contester le résultat des inoculations, nous pouvons nous étonner de voir un micrococcus émettre des spores, à moins qu'on ne considère comme reproduction sporalaire la multiplication par division transversale. Plus curieux est encore de savoir qu'un micrococcus peut donner naissance à un mycelium bien caractérisé. Il y a évidemment là des confusions d'espèces différentes, et la chose a besoin d'être tirée au clair.

Malgré les recherches faites, le doute subsiste donc encore, entraînant avec lui les incertitudes thérapeuthiques, et cette immense variété de médicaments prouve qu'aucun d'eux n'a répondu à l'indication causale.

Résumons les faits acquis, et voyons s'il n'y a pas lieu d'après les faits hors de contestation, de se former une opinion. L'anatomie pathologique nous a démontré, entre les mains de Beau et Gendrin, Parrot, Wannebroucq et Watson, que c'est surtout dans la partie susglottique que siègent les lésions, qui sont de

nature catarrhale. La trachée, d'après tous ces auteurs, reste indemne, et s'il y a quelquefois des lésions bronchiques, elles ne sont que consécutives et tardives.

La physiologie rend exactement compte de la symptomatologie, qui est caractéristique d'une excitation du laryngé supérieur, excitation qui peut bien plus logiquement être attribuée à une lésion de la muqueuse qu'à une tuméfaction des ganglions bronchiques, comme le voudrait M. Gueneau. Quant à voir là une névrose du laryngé, ce serait aussi absurde que d'amettre une névrose des nerfs sensitifs cutanés dans une affection parasitaire prurigineuse. Qu'au bout d'un certain temps, survienne une légère névrite des extrémités, c'est ce qui est possible, mais ce n'est pas, en tout cas, un phénomène de début. Enfin, il y a lieu de tenir compte de l'effet produit sur la portion sus-glottique par la sécrétion abondante qui, s'accumulant en avant de l'épiglotte, tend à couler en arrière.

Le caractère contagieux, qui ne saurait être nié par aucun praticien observateur, et ce fait, qu'une atteinte antérieure confère une immunité à peu près absolue, tendent nécessairement à faire admettre l'existence d'un organisme parasitaire.

Reste à déterminer cet agent lui-même, sur lequel, en dépit des travaux de Letzerich, plane un doute tout scientifique. Le difficile, ce n'est pas de trouver dans les produits expectorés un organisme inférieur, qu'on puisse accuser sûrement, c'est de n'en trouver qu'un, constant, susceptible d'être cultivé et inoculé, déterminant dans une espèce animale les symptômes caractéristiques de la coqueluche, et pouvant, à l'autopsie, être retrouvé en place, dans ses connexions avec les éléments anatomiques. Or, Letzerich, tout autre côté de la question mis à part, n'a rempli ni l'une ni l'autre de ces conditions, les lapins n'étant pas susceptibles de tousser et la relation de ses expériences ne disant pas qu'il a trouvé le micrococcus en place.

Pendant le cours d'une épidémie de coqueluche qui a sévi cet hiver à Genève, nous avons fait l'examen d'un grand nombre des crachats que rendent en si grande abondance les malades atteints de cette affection, mais, malgré le soin que nous avons apporté à cette étude, il est impossible, croyons-nous, de résoudre la question par les seules ressources du microscope.

En effet, à côté de quelques bactéries et de bacillus, nous avons constamment trouvé deux autres organismes, dont l'un très semblable au micrococcus septicus de Cohn et de Klebs, semble être l'agent dont parle Letzerich, tandis que l'autre se rapproche beaucoup de l'oïdium albicans. Est-ce l'un de ces deux parasites qui est la cause efficiente de la coqueluche, telle est la question que nous ne pouvons que nous poser.

La seule chose qu'il nous est permis d'affirmer, c'est l'intégrité constante des cellules cylindriques contenues dans les crachats, contrastant avec un envahissement fréquent des cellules pavimenteuses par les organismes parasitaires. C'est là un fait qui concorde absolument avec le résultat des autopsies de Beau, Gendrin, Parrot, Watson, et nous croyons que le seul point possible d'implantation du parasite, c'est l'épithélium pavimenteux de l'arrière-gorge. Que, partie de là, l'inflammation catarrhale ne se propage pas dans les points voisins, au larynx, à ses ventricules, et très rarement à la trachée, c'est ce que nous ne voudrions pas nier, non plus que les lésions consécutives des bronches et du poumon, dues aux efforts de toux et aux expirations violentes qui caractérisent la coqueluche.

Si nous insistons sur ce point de localisation, c'est que nous le croyons capital pour l'explication des procédés thérapeutiques qui nous ont réussi.

Partant de cette idée, non encore complètement démontrée, il est vrai, que la coqueluche est une affection parasitaire, prurigineuse, de la muqueuse sus-glottique, et que toute la pathologie, l'anatomie pathologique et la symptomatologie peuvent se rapporter à cette opinion, nous avons appliqué à son traitement la substance qui a le plus d'action sur les organismes inférieurs.

Avant moi, et sans que j'en eusse connaissance, cette médication a été employée par Thorner qui a préconisé dans *Deuts Archiv fur Klinik Medical.* les inhalations d'acide phénique à 1 ou 2 pour cent; mais, comme ce traitement est encore peu connu, je n'ai pas cru inutile de publier les quelques succès que j'ai obtenus. Sur 13 malades atteints de coqueluche absolument confirmée, avec accès, reprise, vomissements, nous avons eu 10 succès complets; 1 coqueluche a été peu modifiée; dans deux cas, nous avons échoué totalement, en ce sens que l'état s'est aggravé en dépit du traitement qui a dû être suspendu.

Les 10 succès ont porté sur: 2 adultes femmes; 8 enfants de: 6 ans, 3 ans, 2 ans, 7 ans, 16 ans, 5 ans, 1 an.

Dans le cas ou la coqueluche n'a pas été notablement modifiée, l'enfant a présenté, dès le début, une recrudescence d'une bronchite chronique, dont il était atteint auparavant, avec crachats très purulents.

Les deux insuccès se rapportent à deux enfants atteints de coqueluche depuis plus de deux mois, ayant déjà changé d'air, présentant surtout de la bronchite, et peut-être un début de tuberculisation

Chez tous nos malades, à l'exception d'un, l'acide phénique a été administré de la façon suivante et d'après cette formule:

Acide phénique cristall.....	grs xv
Sirop de menthe.....	ʒ x
Eau.....	℥ ij ss

3 à 4 cuillerées à café par jour, additionnées d'un peu d'eau. Cette addition a pour but de diminuer la saveur caustique de la potion, dont plusieurs malades se sont plaints.

Au bout de 4 à 5 jours, dans nos 10 cas de succès, les vomissements ont cessé, le nombre des quintes a diminué d'un quart ou de moitié, et, dans le cas le plus favorable, au bout de huit jours, la toux de la coqueluche avait perdu tous ses caractères et était remplacée par une petite toux de bronchite, qui ne tarda à disparaître.

Chez deux enfants de 7 ans et 5 ans, qui étaient au quinzième jour de leur coqueluche, l'amélioration eut lieu subitement, et, en même temps, au sixième jour du traitement; au bout de jours, le nombre des accès nocturnes était tombé de 18 ou 20 à 2 ou 3. Un autre enfant de 3 ans, frère des précédents, eut un début par bronchite avec fièvre ; le tout dura huit jours, au bouts desquels la coqueluche fut bien caractérisée Le traitement phénique donné à ce moment, enraya la marche de la maladie en six jours, et la guérison était obtenue au bout de 15 jours.

Chez une petite fille de 1 an, l'acide phénique ne put être administré à l'intérieur, mais la malade fut soumise à une inspiration continuelle de vapeurs phéniquées. On vaporait dans sa chambre, sur une bouche de chaleur, une solution phéniquée à 10 pour cent; 120 grammes d'acide cristalliisé furent ainsi volatilisés, sans que l'enfant ou la nourrice fussent incommodés par l'odeur phéniquée qui était des plus intenses. L'effet thérapeutique, quoique moins rapide, fut cependant très sensible, ainsi que le prouve le tableau suivant:

L. D., 1 au, nourrie au sein.—Toux depuis le 24 janvier. Le 2 février, coqueluche confirmée, vomissements.

ACCÈS

Février	Grands	Petits	Total.
2	11	21	32
3	13	22	35
4	8	2	34
5	18	15	28
6	9	18	28
7	6	15	31
8	7	18	25

Février	Grands	Petits	Total.
9	15	11	26
10	13	13	21
11	8	17	25
12	"	"	"
13	8	17	25
14	4	17	21
15	4	15	13
16	8	13	21
17	3	12	15
18	5	11	14
19	1	19	11
20	4	10	14
21	2	12	14
22	0	8	8
23	2	12	14
24	2	9	11
25	2	9	11
26	2	12	14
27	1	11	12
28	0	5	5
29	1	8	9
Mars 1	0	8	8
2	0	10	10
3	0	6	6
4	0	0	0

Ce cas est de beaucoup le moins brillant de nos succès thérapeutiques, et pourtant, si nous nous en rapportons à lui, nous voyons qu'une coqueluche, observée dès le début, et qui s'est de suite annoncée comme assez sérieuse, puisque d'emblée le nombre des accès a été de 32, dont 11 avec vomissements, s'est améliorée dès le septième jour, et a guéri au bout de 32. Ce n'est pas la marche d'une coqueluche abandonnée à elle-même, et il y a lieu de voir là une influence thérapeutique. Mais c'est surtout en présence du cas le plus favorable, dans lequel le caractère spasmodique avait disparu au bout de huit jours qu'on peut admettre l'influence du traitement.

Quant au mode d'action de l'acide phénique, nous le croyons tout à fait local, et il nous semble probable qu'on obtiendra les mêmes résultats, soit par des badigeonnades bien faits, soit par des inhalations ou des pulvérisations. Il est même très possible qu'un agent médicamenteux, autre que l'acide phénique, appliqué localement, ait une action équivalente, sinon plus rapide.

Ce que nous tenons seulement à faire ressortir ici, c'est la probabilité d'une affection bien limitée à l'arrière-gorge, de nature parasitaire, devant être traitée par des moyens appropriés à sa nature, à sa localisation, point qui nous semble avoir été très négligé jusqu'aujourd'hui. — *Progrès Médical.— Le Scalpel.*

—

Traitement du catarrhe vésical par le bromure de potassium.—Le docteur Angelo Cianciosi relate six cas de catarrhe de la vessie, et il en rapporte un septième en note, traités avec d'excellents résultats par le bromure de potassium. Il croit pouvoir attribuer à ce médicament une action prompte et efficace dans cette affection : si l'on tient compte de son action déprimante sur les centres nerveux vaso-moteurs et sur le plexus cardiaque, on comprend facilement son influence ischémiante sur l'organisme. Qu'on joigne à cela son action élective sur les voies respirrtoires et sur l'appareil génito-urinaire, dont les sécrétions et excrétions charrient le sel, sous forme de brome, dix minutes à peine après son ingestion, et cela pendant une période de près de deux semaines, ainsi que l'ont démontré Namias et Rabuteau ; puis que la muqueuse de la vessie se trouve constamment en contact des sels bromiques par l'urine qui en est saturée et proportionnellement à la quantité de bromure administré, ou ne peut douter un moment de la vertu thérapeutique que doit posséder et que possède ce médicament sur la muqueuse vésicale, alors qu'elle se trouve dans ces conditions anormales développées par l'une ou l'autre altération.

Dans les cas traités par le docteur Cianciosi il n'y eut jamais de manifestation d'acné, peut-être aussi parce que la dose ne dépassa jamais 3 grammes et que le sel ne renfermait pas de bromate de potasse qui devient nocif dans la proportion de 1 ou 2 pour 100. L'apparition de l'éruption, d'après l'auteur, ne doit pas amener la cessation du traitement ; il suffit d'administrer concurremment quelque préparation, arsenicale ou de suspendre le bromure pendant quelque temps. Finalement il devient parfois nécessaire, comme cela lui est arrivé dans un cas, d'avoir à combattre l'anémie et la faiblesse ou les phénomènes de bromisme aigu et chronique par les sels de quinine, la strychnine, l'oxyde de zinc, les ferrugineux, etc (*Bull delle sc. Med. di Bologna*, et *Journal des sciences medicales de Louvain*).—*Bulletin Général de Thérapeutique Méd. et Chir.*

Sur l'huile d'eucalyptus, comme succédané de l'acide phénique.—Le docteur Schulz, de Bond, prétend que l'huile d'eucalyptus peut être employée à la place de l'acide phénique. Cette huile aurait en outre l'avantage de ne pas être une substance toxique. Le docteur Schulz se base d'abord sur les expériences de Buchholz, desquelles il résulte que les bactéries sont détruites par un mélange d'huile raffinée d'eucalyptus ou, en d'autres termes, d'eucalyptol, contenant 1 partie de principe actif pour 666,6 d'eau. L'acide phénique, au contraire, ne possède cette propriété qu'à un deux centième. Le docteur Siegen, enfin, a prouvé que l'eucalyptol empêche la septicémie de se développer chez les chiens. Mais il insiste surtout sur l'innocuité de ce moyen, et pour preuve, il rappelle une expérience, faire par lui sur un chien pesant 960 grammes. Il injecta en moins de six heures sous la peau de l'animal, sans qu'il en éprouvât le moindre inconvénient, 4g,50 d'huile d'eucalyptus ordinaire.

Des expériences comparatives ont été tentées à l'aide de l'acide phénique. Le docteur Siegen a injecté, sous la peau d'un chien vigoureux, 3 décigrammes d'acide : bientôt l'animal a été pris de convulsions cloniques, et est tombé dans la prostation : les accidents ont continué jusqu'à la mort, survenue au bout de quelques heures. Deux autres chiens, de taille beaucoup plus petite, soumis à une dose équivalente d'huile d'eucalytus, n'ont présenté aucune espèce de phénomènes anormaux. Pour donner le plus d'efficacité possible aux deux agents qui nous occupent, il est nécessaire qu'ils soient émulsionnés dans l'eau. L'acide phénique doit être mélangé à 20 fois son poids d'eau. Il faut agiter les émulsions avant chaque injection. L'huile d'eucalyptus n'a jamais déterminé d'abcès, et son introduction sous la peau ne semble pas provoquer de douleurs vives sur les animaux en expérience.

L'acide phénique détermine la mort en quelques heures, avec les symptômes caractéristiques de l'empoisonnement par cet agent. L'huile d'eucalyptus, au contraire, est merveilleusement supportée. Les animaux mis en expérience n'ont subi aucune altération dans leur santé ; ils semblent, au contraire, plus vigoureux qu'auparavant.

L'eucalyptol, en outre, est d'un usage plus facile que l'acide phénique. Son odeur est agréable ; il se dissout facilement dans l'alcool et l'huile, et se mélange complètement dans la paraffine pure.

Le docteur Schulz, enfin, s'est efforcé de créer une méthode qui rende facile l'emploi de cet agent.

Il applique sur la plaie, que les bords ou non en aient été

rapprochés, une compresse dont les dimensions sont en rapport avec l'étendue de la partie lésée. Cette compresse est imbibée au préalable d'une solution au dixième d'eucalyptol dans l'huile d'olive, puis recouverte, comme dans le pansement de Lister, d'une gaze fine, imprégnée également d'eucalyptol. L'expérience a montré que la gaze la meilleure est celle qui a été plongée dans une solution de paraffine contenant 50 centièmes d'eucalyptol. (*Revue Médico-Chirurgicale de Vienne*).—*Bulletin Général de Thérapeutique Médicale et Chirurgicale.*

—

Empoisonnement par les graines de ricin. — M. Lugeol appelle l'attention sur les cas d'empoisonnement par les graines de ricin. Ces graines ont, paraît-il, un goût agréable. Une femme prit, à trois heures de l'après-midi, six graines de ricin. Au milieu de la nuit, elle fut réveillée par des vomissements et des coliques atroces, accompagnées de diarrhée cholériforme. Les symptômes étaient exactement ceux d'une attaque de choléra sporadique : yeux excavés, pouls misérable, peau algide, crampes musculaires extrêmement douloureuses. On s'efforça de réchauffer la malade, et on lui administra de l'alcool et de l'acétate d'ammoniaque : cette femme guérit. (*Bord. méd.* et *Gazette des hôpitaux.*)—*Bulletin Général de Thérapeutique Médicale et Chirurgicale.*

—

De la mort subite dans la fièvre typhoïde.—M. Laurent communique sur ce sujet à la Société médicale du Haut-Rhin un travail des plus intéressants, dont nous allons reproduire les principaux traits :

La fièvre typhoïde, que Monneret aimait à appeler le résumé de la pathologie interne, est de toutes les maladies celle qui présente au médecin les complications les plus imprévues. En dehors de ces formes graves, que les auteurs du Compendium désignent sous le nom de *fièvres typhoïdes foudroyantes*, de collapsus de Wunderlich, où les malades, après avoir présenté quelques symptômes prodromiques variables par leur durée, tombent rapidement dans une stupeur et une adynamie profondes ; en dehors des accidents qui suivent les hémorrhagies intestinales et des péritonites suraiguës qui en sont la conséquence, il en est d'autres qui, sous une apparence bénigne, n'en revêtent pas moins une gravité excessive. La maladie a suivi un cours régulier ; le médecin annonce la convalescence, ou

bien celle-ci étant commencée, l'on se croit en droit de compter sur la guérison, et tout à coup, sans cause connue et sans prodrome, le malade succombera dans une syncope.

Malgré des observations recuillies par Andral, Louis, Chomel, Wunderlich, cette terminaison fatale de la fièvre typhoïde n'était point signalée dans les traités classiques. Cependant Andral avait assimilé la mort de ces malades à celle des individus frappés d'une forte commotion électrique, à celle des animaux empoisonnés par l'acide hydrocyanique, et il ajoutait la réflexion suivante: " Combien n'est pas difficile la tâche de celui qui cherche à soulever un coin du voile dont la nature enveloppe ses œuvres, soit qu'elle tende à créer, à conserver on à détruire ! "

En 1869, M. Dieulafoy choisissait pour sujet de sa thèse de doctorat l'histoire de la mort subite dans la fièvre typhoïde, et en recueillait 57 observation ; depuis 1869 : MM. Rabère, Burlureaux, Chouet et Dianoux ont etudié la question.

Le plus souvent, la mort subite n'arrive pas au plus fort de la maladie, mais coïncide généralement avec l'amélioration des symptômes (du 19e au 21e jour).

La plupart des autopsies donnent des résultats négatifs; mais ou trouve parfois une dégénérescence adipo-vitreuse du muscle cardiaque, dégénérescence que Liebermeister attribue à l'hyperthermie ; parfois la mort arrive par anémie cérébrale, par thrombose sylvienne ou pulmonaire, etc. Pour M. Dieulafoy, la mort résulte d'une action réflexe partant de l'intestin et gagnant le mésocéphale et les racines du nerf vague et des nerf respiratoires: ce réflexe détermine une syncope. Les bains froids en sont souvent la cause. L'anémie du cerveau et l'altération du cœur mettent d'ailleurs le typhique dans une continuelle imminence de syncope: cette imminence persiste au plus haut point pendant la convalescence.

Comme conclusion, M. Laurent termine son mémoire par les paroles suivantes que Graves, l'illustre clinicien du Dublin, prononce à propos du typhus : " Vainement le typhus paraît être dans son déclin, vainement une crise favorable a eu lieu, vous n'êtes pas autorisé pour cela à bannir toute inquiétude et à vous rélâcher de votre vigilance, car la convalescence peut s'établir, et le malade n'est point encore à l'abri du danger ; il peut avoir une rechute; il peut être abattu de nouveau par une maladie non moins dangereuse que la première; il peut enfin mourir subitement dans l'espace de quelques minutes. Les fonctions du cerveau et du cœur peuvent être soudainement enrayées, et la mort survient inopinément. "—*Revue de Thérapeutique Médico-Chirurgicale.*

Etiologie de la fièvre typhoide dans les campagnes.—L'étiologie de la fièvre typhoïde ne peut guère être étudiée avec fruit que dans les campagnes où les faits sont toujours beaucoup plus faciles à suivre que dans toute agglomération un peu considérable. M. Alison (de Baccara) vient de consacrer à cette intéressante question un travail important où l'on trouvera exposée longuement la méthode suivie par l'auteur pour étudier ces questions d'étiologie souvent si difficiles à résoudre.

On peut se rendre compte de l'importance du sujet traité en sachant que la circonscription médicale où a étudié M. Alison comprend 27 communes; 21 d'entre elles, formant une population de 15,000 habitants, ont été envahies par la fièvre typhoïde pendant la période de temps comprise entre 1870 et 1878 Le nombre de sujets atteints pendant les huit années consécutives a été de 1202, sur lesquels il y a eu 120 décès. Il y a donc eu un cas de fièvre par 13 habitants, et le nombre des décès a été de 1 sur 30 des personnes atteintes. Les résultats obtenus par une observation aussi prolongée et pratiquée sur une aussi vaste échelle, ont permis à M. Alison de considérer la contagion au moins comme paraissant être un des éléments constants de la production des foyers typhoïdes. Cet élément, toutefois, ne paraît pas toujours avoir agi seul; souvent il a été associé à des conditions individuelles et à la présence de matières putrides, dans un certain nombre de cas même, les conditions individuelles et infectieuses paraissent avoir joué le rôle prédominant; c'est-à dire que dans ces cas, à côté de l'action du contage, il faut admettre que sous certaines influences (fatigue, encombrement, etc.), l'organisme a présenté une réceptivité toute spéciale qui, en d'autres circonstances, n'aurait pas été suffisante pour que le contage seul pût exercer son influence.

Parmi les éléments importants de cette question, que M. Alison a successivement étudiés et dont nous ne pouvons donner l'analyse, il en est un plus particulièrement intéressant, c'est celui qui est relatif à la durée de nocivité du contage typhoidique. C'est là un point encore très discuté et très difficile à résoudre. Budda cite un cas où cette durée paraît avoir été de deux années, un autre où elle avait atteint un an; Trousseau cite un cas analogue et a fait la remarque que, d'après ses observations, la fièvre typhoïde avait une grande tendance à revenir dans une maison au bout d'une année. M. Barnheim insiste sur ce fait que le germe de la fièvre typhoïde paraît très tenace et que, quand cette maladie a existé dans un endroit, elle peut y reparaître après un temps assez long avec

une apparence de spontanéité, c'est-à-dire sans nouvelle importation. M. Alison a recueilli dix-huit observations dans lesquelles cette durée a variée depuis 3 mois jusqu'à 16 mois. C'est là une matière extrêmement importante pour le praticien, et M Alison estime même que ce chiffre de 16 mois ne doit pas être considéré comme la durée maxima de vitalité de ce contage.—*Journal de Med. et de Chir. Pratiq.*

—

Du bromure d'éthyle comme anesthésique, par REUSS.—Des résultats obtenus par M. Berger, non aussi favorables que ceux de M. Terrillon, et se basant surtout sur les dangers à craindre d'un agent inconnu et sur son prix élevé, le critique conclut que le bromure d'éthyle ne convient qu'à l'anesthésie locale lorsque l'on doit se servir du thermocautère ou du fer rouge, ses vapeurs n'étant pas inflammables. (*Idem.*) —*Lyon Médical.*

—

Quelques effets nutritifs des alcalins à doses modérées, d'après l'expérimentation sur l'homme dans l'état de santé, par MARTIN-DAMOURETTE et HYADES. —Sous la forme d'eau minérale légèrement gazeuse, les alcalins favorisent la digestion et par conséquent l'assimilation, l'absorption d'oxygène par le sang, l'hématose ; ils paraissent même pouvoir élever directement le chiffre des globules sanguins, activer enfin les oxydations organiques, puisque l'urine contient plus d'urée, moins d'acide urique; et même l'élévation du chiffre de l'urée est telle qu'une suroxydation de l'acide urique ne suffit pas à l'expliquer. Du fait des alcalins il y a donc production de forces augmentée, forces thermique, musculaire, nerveuse, nutritive, etc.—Les alcalins sont des *nutritifs déperditeurs* à la façon de l'exercice musculaire, de l'hydrothérapie, de la respiration oxygénée, etc.—L'urée n'est pas seulement augmentée en proportion dans les urines, mais la quantité de l'urine l'est également, ce qui assure l'élimination des sels.

Conclusions : Les eaux minérales alcalines n'agissent pas simplement par le contenu, leur carbonate sodique, mais aussi par la totalité de leurs composants minéraux; leur grande indication, c'est la plupart des dyspepsies; elles ne sont pas contre-indiquées par l'élément anémique; elle ont une action désassimilatrice remarquable, surtout lorsque les faits morbides relèvent de la diathèse urique. (*Idem.*)—*Lyon Médical.*

La pneumonie. M. le professeur Hardy.—C'est surtout en arrière de la poitrine et à sa partie inférieure qu'existent les lésions anatomiques et les signes stéthoscopiques de la pneumonie; c'est là qu'on trouve principalement la bronchophonie on voix bourdonnante.....

La douleur de la pneumonie disparaît généralement après l'application des saignées locales (ventouses scarifiées). Quand les pulsations cardiaques diminuent et tombent bien au dessous de la normale, à 52 ou 55 par exemple, c'est un excellent signe pronostique de convalescence, et l'on retrouve, d'ailleurs, ceci dans la rougeole, la variole, l'érysipèle, et dans la parturition. Souvent, lors même que l'état général s'est amélioré, et que la pneumonie semble terminée, les signes physiques persistent plus ou moins longtemps : cela a lieu surtout chez les vieillards et les sujets affaiblis; le pronostic de la maladie n'est pas forcément assombri pour autant.

La pneumonie intermittente existe-t-elle? Non. La pneumonie est une maladie cyclique, continue. Si les médecins militaires ont décrit la pneumonie intermittente, cela tient à ce qu'ils observent souvent dans des pays où l'intoxication palustre exerce son influence. Cette influence produit parfois un appareil symptomatique imitant la pneumonie (*pseudo-pneumonie*). Ou bien la pneumonie vient compliquer l'accès de fièvre palustre; quand la fièvre cesse, tous les signes de la pneumonie persistent, avec la plus grande gravité. C'est ce qu'on a décrit sous le nom de fièvre pernicieuse pneumonique.

Quand les chlorures augmentent dans l'urine, c'est un signe favorable et qui indique l'amélioration de la maladie.

Meurt-on de la pneumonie franche? Oui. Il se forme parfois des caillots fibrineux dans le cœur, par suite de l'augmentation de la fibrine dans le sang, qui, de 2 p. 1,000 s'élève à 5 ou 6 dans la pneumonie. Lorsqu'il se forme des caillots fibrineux dans le cœur, la dyspnée devient extrême; le nombre des inspirations est de 50 à 60 par minutes, le pouls est fréquent, petit, irrégulier; il y a des lipothymies, etc... La thérapeutique de cette complication est absolument nulle.

La broncho-pneumonie.—Elle existe surtout chez les sujets affaiblis ainsi, dans la fièvre typhoïde, on a presque toujours affaire à une broncho-pneumonie, très rarement à une pneumonie franche, fibrineuse. Les crachats sont moins visqueux et généralement moins colorés que dans cette dernière maladie; les râles crépitants et sous-crépitants se mélangent au râles sibilants et muqueux; le souffle n'est pas franchement tubaire, et retentit à l'oreille comme s'il était lointain et voilé. On voit donc que, stéthoscopiquement parlant, la broncho-pneumonie

est un mélange de bronchite et de pneumonie. Le processus inflammatoire n'englobe point, dans ces cas, une masse de lobules pulmonaires, il y a cinq ou six lobules malades, séparés par des lobules sains. De plus, dans la broncho-pneumonie la maladie débute par les bronches et descend trouver les lobules, au lieu que dans la pneumonie frenche, les lobules sont primitivement attaqués.

La broncho-pneumonie est plus grave que la pneumonie. Elle existe ordinairement des deux côtés, mais est le plus souvent plus prononcée d'un côté que de l'autre. La fonction respiratoire est donc ici atteinte d'une façon plus générale, quoique moins profonde. C'est ce qui explique pourquoi la broncho-pneumonie dure plus longtemps que la pneumonie franche.

Quand la pneumonie arrive chez une personne préalablement atteinte de bronchite, elle est très grave; les veines ne tardent pas à dessiner sur la peau leur trace noire, et indiquent ainsi le défaut d'hématose et l'asphyxie. Dans ces cas, l'expectoration diminue; la défervescence ne se manifeste pas au septième jour de la maladie: la mort est à craindre.— *Revue de Thérapeutique Médico-Chirurgicale.*

—

Traitement de la syphilis par les injections sous-cutanées de solution mercurielles, par TERRILLON.— L'auteur ignore qu'une thèse sur ce sujet à été passée à Lyon (in *Lyon Médical*, 1880, t. II, p. 528); seulement les conclusions de son travail sont plus favorables à la méthode que celles de M. Magnanon. Il avoue cependant ne rien pouvoir dire quant à la supériorité des injections sous-cutanées sur l'administration par les voies digestives, lorsque celles-ci sont bien supportées; il déclare aussi qu'il cherchera avec M. Yvon une autre préparation, ce qui prouve bien qu'il n'est pas bien content de celle qu'il a expérimentée. Aussi renvoyons-nous le lecteur autant à la bibliographie du travail de M. Magnanon qu'à l'article de M. Terrillon. Rappelons seulement un fait important au point de vue de la douleur produite, c'est que M. Auspitz (de Vienne), grand partisan de la méthode des injections sous-cutanées de sublimé, et qui emploie simplement la solution suivante:

Eau	100
Sublimé	1
Chlorure de sodium	2

fait l'injection dans la région fessière et enfonce l'aiguille très-profondément. (*Idem.*)—*Lyon Médical.*

PATHOLOGIE ET CLINIQUE CHIRURGICALES.

De l'action des injections sous-cutanées d'ergotine dans le traitement des fibro-myomes des hypertrophies chroniques de l'utérus. — Chez quatre femmes affectées de fibromes interstitiels du corps de l'utérus, l'auteur a obtenu une diminution de la tumeur et un arrêt de métrorrhagies ; dans le cas de deux fibromes du col utérin ayant le volume d'une châtaigne, il a obtenu des résultats laissant à désirer. Dans six tumeurs sous-péritonéales, dont le volume variait depuis celui d'une châtaigne jusqu'à celui d'un utérus gravide, il n'a obtenu aucune amélioration essentielle par les injections ; le volume est resté le même, toutefois les hémorrhagies ont été un peu moins fréquentes. Dans les hypertrophies de l'utérus, sans complication, on a employé quatorze fois avec succès l'ergotine. Elle a surtout rendu des services dans ces hypertrophies résultant d'une absence de retour de l'utérus sur lui-même à la suite de l'accouchement et plus souvent d'un avortement. Dans les infarctus utérins et dans un cas de dysménorrhée membraneuse, ces injections, ont également produit de bons résultats. Après plusieurs tentatives, l'auteur est arrivé à donner la préférence à la préparation de Werniet employée avec les précautions nécessaires en pareil cas. Dans la plupart des cas susmentionnés, l'injection à été suivie d'une amélioration presque immédiate ; plusieurs malades devinrent enceintes avant la fin du traitement ; chez les autres, l'amélioration obtenue persista. Chez trois malades, une ayant un corps fibreux, deux une métrite chronique, il fallut reprendre le traitement après une pause d'un an et demi.

Deux femmes traitées moururent longtemps après la dernière injection d'ergotine. Dans un cas le fibrome se montra entouré d'une coque calcaire dans laquelle étaient renfermés les gros vaisseaux de voisinage. Dans l'autre ils étaient enclavés dans un réseau de tissu conjonctif contenant de rares fibres musculaires en voie de dégénérescence graisseuse. Dans plusieurs points un travail de dégénérescence calcaire L'auteur pense que pendant la vie il y avait déjà une ischémie notable de la production morbide. Il conclut que, quand on n'a pas d'amélioration après les premières injections d'ergotine, on doit recourir à une autre médication. (*Archiv f. Gynakologie*, t. XIII. p. 182, et *Gazette de hôpitaux.*) — *Bulletin Général de Thérapeutique Médicale et Chirurgicale.*

De l'empoisonnement par l'acide phénique en chirurgie.—Le docteur Tansini, après avoir rapporté des observations d'empoisonnement par l'acide phénique de Machia, Wiche, Sandwel, Höhler, Hamilton, Volkman, Kuster et Billroth, en arrive au phénomène de la coloration des urines, du verdâtre à la nuance olive foncée. De vingt expérience pratiquées sur les chiens, il conclut :

1° Que l'acide phénique introduit dans l'économie, soit par la voir hypodermique, soit dans la cavité péritonéale à la dose de 0,05 pour 100 du poids du corps, n'a été mortel que dans deux cas où l'on observe ce fait assez rare de la mort survenue alors que tout phénomène d'empoisonnement était dissipé et dans introduction d'une nouvelle dose du poison.

2° Que la mort est probablement due à la paralyse du centre respiratoire et non à la paralysie cardiaque, puisque chez les animaux ainsi sacrifiés le cœur continuit de battre après la cessation de l'acte respiratoire :

3° Que dans les urines des sujets soumis à l'intoxication carbolique il y a diminution, et disparition dans les cas graves, du sel formé par l'acide sulfurique administré comme antidode dans les cas d'empoisonnement très rapide, le temps nécessaire manque pour la combinaison de l'acide phénique et manque aussi la sécrétion de l'urine, dans laquelle diminue ou ne se trouve pas ce composé :

4° Qu'une même dose qui, dans des conditions normales, avait déterminé un empoisonnement, disparaissant de lui-même sans laisser de traces, produisait la mort lorsque l'animal était fortement anémié et épuisé par une suppuration profuse avec un certain dégré de fièvres hectiques ; que par rang d'efficacité il faut classer ainsi les diverses voies d'introduction dans l'économie : l'injection péritonéale, l'injection hypodermique, le lavement, le lavage général du corps et enfin le lavage de la cavité d'un abcès ;

5° Que, placé devant un empoisonnement grave par l'acide phénique, le chirurgien ne devra pas se borner à l'administration de l'acide sulfurique reconnu comme antidote, mais devra recourir à tous les moyens capables d'exciter l'organisme, entr'autres à l'injection hypodermique d'éther, et insister spécialement sur la respiration artificielle.

L'auteur termine par le conseil de se renfermer soigneusement, pour l'usage de l'acide phénique, dans les limites consacrées par l'expérience, afin de maintenir à cet agent précieux le prestige qu'il a si justement conquis dans la pratique de la chirurgie.—(*Gazette méd. Italiana Lombardia.*

Quelques particularités de l'action æsthésiogène des vésicatoires, par GRASSET. — Nouveau travail très-remarquable dans lequel l'auteur montre d'abord que l'action æsthésiogène du vésicatoire est de mieux en mieux établie, que, en outre, une action thermogène marche en général parallèlement, mais peut être indépendante et même se produire seule. Le retour de la sensibilité paraît indépendant de toute action purement périphérique, circulatoire ou nerveuse: elle doit être le résultat d'une action modificatrice centrale. M. Grasset insiste sur ce fait que le retour de la sensibilité a lieu non par territoires nerveux, mais par membres ou segments de membres. A ce point de vue, il reconnaît cinq grandes régions: le membre supérieur, l'inférieur, la partie postérieure du tronc, sa partie antérieure, la face. Il subdivise même le membre inférieur en région au-dessous et région au-dessus du genou, et le membre supérieur en moitié périphérique et moitié centrale. Dans ce dernier, le retour de la sensibilité se fait de la périphérie vers le centre, et souvent aussi à la face. —Pour le membre inférieur, si le vésicatoire est appliqué à la cuisse, la sensibilité revient dans tout le membre; mais s'il est appliqué au mollet, elle ne revint qu'au-dessous du genou, tandis que pour le membre supérieur la sensibilité revint à tout le membre, quelque soit le lieu d'applicatiou. Mais d'une manière générale, si ce n'est pour le membre supérieur et la face le retour de la sensibilité se limite à chacune des cinq grandes régions ci-dessus. (*Journal de Thérap.*)—*Lyon Médical.*

—

Du traitement des ulcères désignés communément sous le nom de vieilles plaies de jambe, par COURTY.— Trois grandes indications: 1° exciter le bourgeonnement, la végétation des chairs; 2° dissiper les callosités et autres manifestations d'hypertrophie histologique; 3° empêcher, au moment de la formation de la cicatrice, la dessication trop rapide de la couche épidermique la plus superficielle. Mais avant de commencer, lotions détersives, antiseptiques, toniques, légèrement excitantes: eau phéniquée, coaltar saponiné, salicylate de soude, acide thymique, chloral, permanganate potasse, etc.; enlever toute crasse marginale avec des lotion savonneuses chaudes.

La première indication est remplie, avec le vin aromatique en lotions deux fois par jour, puis pansement avec la pommade au précipité rouge (1 gr. pour 30 gr. à 50 gr. d'axonge) en couche épaisse sur du linge fenêtré; charpie et compression

méthodique non-seulement avec une bande de toile, mais encore avec une seconde bande en caoutchouc; et par-dessus celle-ci, pour la protéger, nouvelle bande de toile; l'auteur même ajoute souvent encore un long bas afin de prévenir tout dérangement. Chaleur humide et compression remplissent ici et la seconde seconde indication et même la troisième. Mais comme médicament propre à ce dernier rôle, ce n'est plus un incarnatif comme le précipité rouge qu'il faut, mais un siccatif, un cicatrisant; *l'étoffe y est, il ne faut plus que coudre.* L'auteur se sert dans ce but de la mixture cathérétique de Lanfanc ou vin arsenical cuivreux, ou une solution au 1/30 de nitrate d'argent, ou encore du cérat laudanisé (laudanum, 5 gr.; cérat de Galien, 50.) Ne pas appliquer la mixture de Lanfranc sur une trop grande étendue à la fois parce qu'elle contient de l'arsenic.—M. Courty pratique aussi la greffe épidermique. (*Idem.*)—*Lyon Médical.*

—

Combien il est facile, tout d'abord, de méconnaître une lésion de la colonne vertébrale.—Un homme a fait une chute du haut d'une échelle. Il dit avoir été reçu par deux de ses camarades, condition qui a amorti le choc. Cependant, il présente une fracture des deux radius, ce qui prouve qu'il est tombé lourdement sur les mains. Il porte, en outre, une blessure à la région postérieure de la tête.

S'il s'agissait d'un cas de médecine légale, il serait embarrassant d'expliquer cette blessure de l'occiput, quand la chute a eu lieu en avant, puisque cet homme est tombé sur les mains; mais ce détail, dans l'espèce, a peu d'importance.

L'examen de la partie postérieure du corps décèle à la région dorso-lombaire, une voussure causée par une forte contusion. Le doigt promené le long du rachis détermine une vive douleur au point occupé par la première vertèbre lombaire.

Sur quelles circonstances se base donc le savant professeur, pour croire à une lésion qui ne se traduit encore par aucun signe objectif irrécusable?

Il commence par faire observer que le siège même de la lésion permettrait de se rendre comte de la non-existence de ces mêmes signes Au niveau de la première vertèbre lombaire, en effet, commence la queue de cheval. Il y a donc là peu de substance médullaire. Il en résulte que les phénomènes de compression doivent s'y produire beaucoup plus difficilement.

Dans les cas analogues à celui-ci, il faut toujours supçonner

une fracture de la colonne vertébrale et se comporter en conséquence. Ce qui a rendu sur ce point M. Verneuil très soupçonneux, c'est qu'il y a été lui-même pris quatre fois dans des circonstances analogues.

Voici, en peu de mots, l'exposé des faits dont il s'agit :

1° Un jeune homme de 14 à 15 ans avait fait une chute. On n'avait constaté aucune lésion de la colonne vertébrale. On se borna à tenir le malade au repos. Survint une polyurie extraordinaire. L'excrétion urinaire atteignait les proportions de 8 à 12 litres par jour. D'ailleurs, il n'existait aucune souffrance; ce ne fut en quelque sorte que par hasard qu'on retourna le malade. On fut alors très surpris de contater une fracture de la colonne vertébrale.

2° Un enfant tomba en glissant d'un lieu élevé. Il se développa une énorme bourse séreuse, s'étendant de la nuque au sacrum. On se borna à appliquer des compresses résolutives, et au bout de huit à dix jours toute trace d'épanchement avait disparu. Ce ne fut qu'au moment de la sortie de l'enfant de l'hôpital, que l'on s'aperçut qu'il s'était développé une gibbosité.

3° Un maçon, tombé d'un échafaudage, avait été porté à l'hôpital de Lariboisière. Il ressentait à la colonne vertébrale une douleur circonscrite, accompagnée de déformation. M. Verneuil l'avait examiné à diverses reprises sans rien contater d'anormal de ce côté. Trois ou quatre mois après être sorti du service, cet homme revint à l'hôpital, marchant avec une grande peine. Il était atteint de gibbosité, consécutive à une fracture méconnue de la colonne vertébrale.

4° Un quatrième fait est de tous points analogne au précédent, avec cette différence que, dans ce dernier cas, la gibbosité a été la conséquence, non plus de la station verticale et de la marche, mais du simple séjour prolongé dans un fauteuil.

La conclusion pratique qui découle de tous ces faits, c'est qu'il faut se défier des contusions siégeant à la région vertébrale. Trop souvent elles masquent des fractures très aisées à méconnaître, car ces lésions sont loin de se traduire toujours par des signes révélateurs caractéristiques. Dans tous les cas de cette nature, s'il reste quelque doute dans l'esprit, il faut se comporter comme si l'on était certain de l'existence d'une fracture.

Autrefois, que l'on traitait ces lésions par le simple repos au lit, les déformations consécutives étaient fréquentes; aujourd'hui, il est aisé de prévenir ces dernières, en tenant les blessés aussi longtemps qu'il est nécessaire dans les gouttières de Bonnet.—*Revue de Thérapeutique Médico-Chirurgicale*..

L'UNION MEDICALE DU CANADA

MONTREAL, JANVIER 1881.

Comité de Rédaction :

MESSIEURS LES DOCTEURS E. P. LACHAPELLE, A. LAMARCHE ET S. LACHAPELLE.

Le " Canada Medical Record " et l'Université Laval à Montréal.

Jusqu'en 1871 il n'y avait à Montréal que deux écoles de médecine : la faculté de l'Université McGill et l'Ecole de Médecine et de Chirurgie de Montréal affiliée à l'Université Victoria de Cobourg, Ontario. En 1871 l'Université du Collège Bishop de Lennoxville ouvrit une troisième faculté de médecine à Montréal, laquelle après neuf années d'existence nous annonce tout ingénument, par son organe le *Canada Medical Record*, qu'elle a surmonté tous les obstacles dressés sur sa route et y a même trouvé les éléments du succès qui couronne aujourd'hui ses travaux. Nous sommes vraiment charmés d'apprendre cela. Mais voilà qu'en 1879 l'Uuniversité Laval de Québec vient ouvrir une quatrième faculté de médecine à Montréal. Pour le coup, s'écrie le *Canada Medical Record*, c'est trop fort, que l'Université Bishop ait doté Montréal d'une faculté de médecine alors qu'il en existait déjà une de la même dénomination religieuse et une autre catholique, c'est parfait, (n'a-t-elle pas réussi, en dépit des difficultés ou plutôt grâce aux obstacles qu'on lui a opposé ?)

Mais que le Laval vienne fonder une quatrième faculté de médecine, ce n'est plus nécessaire depuis que nous y sommes, deux universités protestantes et une école catholique sont bien suffisantes pour tous les étudiants canadiens-français et catholiques romains qui suivent les cours de médecine à Montréal.

Ce qu'en dit le *Canada Medical Record* n'a pas pour but de faire de la réclame en faveur du Bishop ! mais de donner un exposé *impartial* des difficultés qui existent entre l'Université Laval et l'Ecole de médecine Victoria. On ne s'en serait pas douté. Nos confrères du *Record* paraissent manier mieux l'encensoir que la

plume. N'est-ce pas la notion la plus élémentaire du journalisme que pour parler sensément d'une question en litige, il faut en connaître le pour et le contre et ne pas se tenir satisfait des informations puisées auprès *d'une seule* des parties intéressées, c'est cependant ce qu'à fait notre confrère, aussi son écrit n'est il qu'un tissu d'appréciations fausses, comme chaque lecteur qui connait un peu la question pourra en juger *in petto*, ou à haute voix suivant ses intérêts et ses convictions.

Notre confrère ne voit dans toute cette question qu'un complot tramé par le Pape, Mgr Conroy et l'Université Laval contre l'Ecole de Médecine (*a trap set for them unsuspiciously*). Nous ne voulons pas même effleurer les difficultés qui existent entre nosdeux institutions médicales, l'Union Médicale a toujours gardé sur cette question ce qu'elle croit être une sage réserve. Quant au reste il nous est bien permis d'en manifester notre appréciation.

Le *Record* voit dans l'établissement de la faculté de Laval à Montréal une insulte et un défi aux trois Ecoles déjà existantes en cette ville et prétend que deux facultés protestantes et une catholique sont bien suffisantes pour l'éducation médicale de nos etudiants canadiens-français et catholiques romains. L'accusation d'égoïsme et d'arrogance qu'il lance contre le Laval, parce qu'il ignore absolument les faits, s'il ne les dénature volontairement, pourrait ici lui être appliquée avec plus de raison.

Mais vraiment, va-t-on nous faire un crime d'avoir la prétention d'enseigner nous mêmes la médecine à nos coréligionnaires et à nos compatriotes d'origine canadienne française, de trouver regrettable que nos compatriotes suivent des cours de médecine donnés dans une langue étrangère qu'ils ne comprennent qu'imparfaitement, des leçons basées sur des principes religieux qui ne sont pas les leurs, de faire la lutte en un mot pour que dans une province catholique et canadienne française nos compatriotes trouvent assez d'avantage et de garanties dans les institutions catholiques et françaises pour les dispenser d'aller puiser l'enseignement dans d'autres qui n'ont ni leur croyance ni leur langue. Cela se nomme-t-il de la prétention et de l'égoïsme? La théologie et la médecine se touchent de trop près pour vouloir les séparer. La craniotomie en est une preuve entre mille. Et puis nous sommes jaloux de notre langue, n'est-ce pas légitime; et de même que nous trouvons ridicule Dupuis, qui de retour de la république voisine s'appelle M. Wells; Larocque, M. Stone; Leblanc, M. White; de même nous ne pouvons sans une arrière-pensée entendre un médecin canadien-français, presqu'inévitablement destiné à vivre et à pratiquer parmi les gens de sa propre nationalité, ne pouvoir parler médecine dans sa langue maternelle et ahurir à tout instant ses confrères et ses compatriotes de termes et d'accents étrangers. Si nous étions perdus dans l'élément

anglais, notre langue pourrait devenir une objection, mais grâce à Dieu, dans la province de Québec, nous pouvons nous instruire, pratiquer la médecine, vivre et mourir en français. Ainsi donc quatre ou six universités anglaises et protestantes ne rencontreraient pas plus nos besoins que deux, et nos confrères du *Record* peuvent en prendre leur parti, nous saurons maintenir le droit que nous avons de pourvoir nous-même aux besoins de l'enseignement médical de nos compatriotes, et cela sans que personne ait le droit de s'en plaindre, du moment que nous nous conformons aux lois établies.

Quant à l'opportunité d'avoir à Montréal deux écoles catholiques françaises au lieu d'une, cela concerne si peu nos confrères du *Record*, et intéresse tellement l'élément canadien français, qu'ils seraient bien aimables de ne pas s'immiscer dans nos affaires de famille ; si pourtant ils y tiennent nous leur reconnaissons leur droit d'en parler à leur aise, quitte à nous de leur rappeler de temps à autre ce que l'on entend en français par un exposé *impartial* des faits.

Quand le Bishop parut en 1871 il existait déjà à Montréal une université anglaise et protestante qui, nous sommes heureux de le dire, donnait alors comme aujourd'hui un excellent enseignement à ses élèves. Personne pourtant, parmi nous ne s'insurgea contre la nouvelle faculté. Et si comme le dit le *Record*, ce sont les difficultés qui l'ont rendu si prospère, nous n'avons aucun droit de nous énorgueillir de son succès. Pendant ses neuf années d'existance personne parmi nous ne lui a jamais contesté son droit d'exister, *ni discuté son opportunité*. Nous avons même été si réservés à son égard que nous ne savions même pas qu'elle fut si florissante.

Dans cette charge à fond de train contre la faculté de médecine de Laval à Montréal le *Record* a peut-être aussi un autre mobile que l'amour de la justice et les intérêts de la science, et nous comprenons à demi-mot qu'il n'aime pas à voir deux écoles françaises de médecine à Montréal. L'élément anglais trouvant depuis longtemps à l'Université McGill un enseignement médical aussi complet que possible, nous comprenons les inquiétudes de notre confrère lorsqu'il voit les canadiens-français se mettre eux aussi en mesure de rencontrer sous ce rapport tous les besoins de leurs étudiants.

Dans un pays comme le nôtre, composé d'éléments hétérogènes il faut savoir respecter les droits et les opinions de Caste et pouvoir regarder briller le soleil sur la flèche de vingt temples où Dieu est servi et adoré de vingt manières différentes.

Que nos confrères anglais aient deux écoles, qu'ils en aient quatre, peu nous importe. Quant à l'opportunité d'avoir ici deux écoles canadiennes françaises, le *Record* devrait avoir la générosité facile

[illegible] qu'elle concerne immé-

[illegible] nos confrères du *Record* dans le voyage [illegible] avec si peu de documents, nous préfé- [illegible] à la sagesse de ceux qui ont mission pour [illegible]

[illegible] aux bienfaiteurs de l'humanité.—L'hopi- [illegible] successivement sous les noms d'hopital [illegible] d'hopital Sainte-Eugénie, sera désigné dé- [illegible] d'*Hopital Trousseau.*

[illegible] Menilmontant s'appelle *Hopital Tenon* et l'an- [illegible] temporaire *Hopital Laennec.*

Brochures reçues.

Report on obstitrics, by W. GARDNER, M. D., Prof. of Medical Jurisprudence and Hygiene, McGill University; Attending physician University Dispensary for Diseases of Women Montreal.

Electricity in Medecine and Surgery by JOHN J. CALDWELL, M. D., Baltimore.

The treatment of the diseases of the Genito-Urinary organs, by the use of Electricity, Damiana, etc., by JOHN J. CALDWELL, M. D., Baltimore.

The Abdominal Method of Singing and breathing as a cause of female weaknesses by CLIFTON, E. WING. M. D.. Boston.

VARIÉTÉS.

La manie des eaux.—Le médecin thermal.—Mon ami B... se portait à merveille, il y a six semaines. Par malheur, sur le boulevard, un matin, il se trouve nez à nez avec son médecin.

— Comme il y a longtemps que je ne vous ai vu.

— C'est que je me porte bien.

— Allons, tant mieux. En effet, vous avez bon visage. Voyons, attendez un peu, regardez-moi bien... Je me demande à quelles eaux je vais vous envoyer.

— Mais je n'ai aucune envie, aucun besoin d'aller aux eaux.

— Envie c'est possible... Besoin, c'est tout autre chose... Vous allez me faire le plaisir de partir pour les eaux de X...

Mon ami n'avait jamais entendu parler de ces eaux-là .. Il demande des renseignements.

— Oh ! répondit le médecin, ce sont des eaux nouvelles qui ont été lancées et qui ont réussi.

— Mais je ne suis pas malade.

— Je sais bien que vous n'êtes pas malade. Aussi, je vous envoie à des eaux spéciales, à des eaux préventives. Vous vous portez bien maintenant, d'accord... mais vous traînerez tout l'hiver, si vous n'allez pas a mes eaux.

Mon pauvre ami, est parti docilement, huit jours après, pour les eaux de X... La semaine dernière, il revenait à Paris dans un état déplorable. Ces eaux, *si bien lancées* lui avaient fait un mal affreux. Il a rapporté de là bas des fièvres, un rhumatisme, etc., etc. Son médecin a gardé toute sa sérénité devant ce beau résultat.

— C'est l'effet naturel des eaux. Rien de plus heureux. Ces fièvres, ce rhumatisme étaient en vous, avaient besoin de sortir. Les eaux ont provoqué une crise salutaire. C'est à merveille... Je réponds de votre santé l'hiver prochain.

Quelle mouche a donc piqué les médecins depuis quelque temps ? Quelle est cette fureur d'eaux qui les dévore ? A partir du mois d'avril, ils commencent à passer l'inspection de leurs clients bien ou mal portants... Ils prennent un air soucieux et répètent tous ce refrain :

— A quelles eaux pourrais-je bien vous envoyer cette année ? Royat ne vous avait pas réussi l'année dernière, ni Cauterets l'année précédente... Vous devriez essayer d'Allevard ou d'Usiage... Oh ! nous finirons bien par trouver les eaux qui vous conviennent.

Les spéculateurs qui sont toujoours à l'affût ont tiré bon parti de cette manie des médecins d'aujourd'hui... Ils se sont mis à lancer des eaux, comme on lance des tramways ou des charbonnages. On m'a montré, l'autre jour, un monsieur fort intelligent qui s'était ruiné dans une raffinerie et qui a refait sa fortune avec une eau ferrugineuse qui ne marchait pas, et qui maintenant, grâce à une publicité bien organisée, va comme sur des roulettes.

Le médecin thermal est un personnage bien particulier, bien amusant. Il y a naturellement des exceptions et de très honorables... mais enfin voici le type dans sa généralité. Le médecin thermal est attaché à une certaine eau... et il faut que cette eau guérisse toutes les maladies... la bradypepsie, la dyspepsie, l'apepsie, la lienterie, la dyssenterie, l'hydropisie, etc., etc., etc. Le médecin thermal fait des brochures, des articles dans les journaux de médecine... Il vante son eau merveilleuse: Prenez, prenez mon élixir ! Il court les grands médecins. Il leur demande des malades. Ces malades, il est bien entendu qu'il ne les gardera pas... Il ne doit pas faire de clientèle. Il doit rester dans sa spécialité... On lui prête des malades, on ne les lui donne pas.

Au bout de vingt-cinq jours de traitement, il doit les réexpédier, avec un rapport détaillé, à leur médecin ordinaire qui est leur propriétaire légitime. Aussi l'art du médecin thermal est-il d'*entretenir* les malades. Il ne faut pas qu'il les tue, mais il ne faut pas qu'il les guérisse trop. La perfection c'est de faire patienter le baigneur, de le restituer à peu près tel qu'on l'a reçu et de pouvoir écrire au confrère qui l'a fourni :

— Je vous renvoie M. un tel... Il ne va ni mieux ni plus mal. Vos excellents soins lui sont plus que jamais nécessaires. J'espère que vous me le renverrez l'année prochaine.

Et des malades font ainsi, pendant une longue suite d'années, la navette entre deux médecins qui se les renvoient comme un volant en deux petits coups de raquette bien appliqués... Vl'an, je vous envoie un baigneur... Vl'an... je vous renvoie votre malade.

Une autre remarque. Jamais le médecin ne dirige le mari et la femme sur les mêmes eaux. Et comme, un jour, je m'en étonnais, un de mes amis, médecin de beaucoup d'esprit me fit cette réponse :

— Les eaux avant tout et par-dessus tout doivent être un repos.—*L'univers illustré.*—*L'Abeille médicale.*

DECÈS.

A Kamouraska, le 10 courant, A. T. Michaud, M. D.

TRAVAUX ORIGINAUX.

La Craniotomie.

(Lu devant la Société Médicale par le le Dr A. DAGENAIS, Prof. à l'Université-Laval, Montréal.)

(Suite et fin.)

Cependant malgré ce sentiment unanime des théologiens, M. Avanzini soutient que le médecin peut faire la céphalotomie sur l'enfant vivant quand l'opération césarienne est impossible. Parceque, dit-il, alors l'enfant doit mourir, et il n'y a que le mode de mort qui soit changé. Avant de répondre à cet argument, il est bon de remarquer qu'il est difficile de concevoir une circonstance ou la craniotomie soit possible sans que l'opération césarienne le soit aussi. Si la femme est trop faible pour supporter la gastrotomie, même avec le secours des anesthésiques, il est tout probable qu'elle le sera aussi pour la céphalotomie; car cette dernière opération qui demande des manœuvres répétées, ne se fait pas sans douleur pour la mère, et même souvent, elle demande plus de temps que l'opération césarienne,

Maintenant je laisse M. Eschbach répondre à M. Avanzini.

" La morale chrétienne n'a jamais admis que le fait seul de l'impossibilité de prolonger, pour des causes naturelles, l'existence au-delà d'un terme donné, ravisse à l'homme le droit actuel à la vie, ni même le dispense du devoir de vivre, tant que l'heure suprême n'a pas sonné. Elle n'a jamais admis qu'à cet homme il ne reste d'autre droit que celui de décerner par quelle issue son âme immortelle s'échappera de l'enveloppe périssable qui la retient prisonnière. Saül blessé mortellement n'était pas autorisé à se jeter son son épée, ni à se choisir le mode de mourir; et de son côté le soldat amalécite, en se vantant de l'avoir achevé, se déclarait coupable du crime d'assassinat."

Une autre comparaison.—Un batelier reçoit un passager dans sa frêle embarcation. La mer est battue par les vents; ils vont être fatalement engloutis tous deux, si l'un ou l'autre n'est sacrifié. Le batelier se jette sur son compagnon, lui brûle la cervelle et abandonne son corps aux flots. Cet acte est-il justifié par la morale chrétienne? Nous ne pensons pas que l'on puisse citer un seul théologien casuiste ayant répondu affirmativement; et cependant telle serait la réponse de notre auteur, au moins si l'on en juge d'après ses principes. Ne dira-t-il pas que le pauvre passager devant périr dans quelques instants a perdu son droit à la vie, et qu'il ne lui reste que la liberté de choisir le genre de mort?..... Mais non; notre honorable adversaire, nonobstant ses principes, ne s'écarterait pas dans le cas présent, de l'enseignement universel des moralistes. Avec eux, il condamnerait l'acte en question comme un crime et un assassinat. Avec eux, il proclamerait ici, nous en avons la persuasion, un *Non licet* absolu, et reconnaîtrait qu'en de semblables occurrences le devoir impose de mourir et ne permet en aucune façon l'usage d'un acte homicide. Or ces occurrences se produisent, avec une similitude frappante, dans le cas de l'embryotomie. S'il existe une différence entre les deux cas, elle est toute entière en notre faveur. Le passager, en effet, est entré dans la barque librement, peut-être sur ses plus vives instances; peut-être y a-t-il été reçu par charité, et sans doute il aura prévu, *saltem in confuso*, le danger qu'il allait courir, tandis que l'innocent petit être que la mère porte dans son sein y a été renfermé sans sa participation, par suite d'un acte souvent tout égoïste, toujours librement posé par celle dont il a droit d'exiger aide et protection.

Outre ces considérations qui paraissent péremptoires, ne pourrait-on pas demander à M. Avanzini, si un condamné à mort, pour éviter à sa famille et à lui-même la honte de monter sur l'échafaud, a le droit d'avaler un poison violent ou de se plonger un poignard dans le cœur. Il n'est pas probable que ce Monsieur répondrait dans l'affirmative à cette question, et pourtant dans cette circonstance, le condamné ne ferait que changer son mode de mort.

M. Avanzini ajoute que dans certaines conjonctures, il est permis de tuer un innocent et il dit: étant poursuivi par un, ennemi qui veut attenter à mes jours, il m'est permis en me sauvant d'écraser un enfant qui se trouve sur mon chemin: ou encore, je puis tuer un innocent dont un injuste agresseur se ferait un bouclier; alors pourquoi ne serait il pas permis de sacrifier l'enfant pour sauver la mère?

Celui qui en se sauvant d'un ennemi écraserait un enfant

n'est pas coupable parce qu'il n'a pas voulu la mort de l'enfant; son but n'était que de sauver sa vie par la fuite, et la mort de l'innocent n'a été qu'un accident survenu en dehors de sa volonté, *præter intentionem*. Il en est de même de celui qui en voulant frapper un injuste agresseur, transpercerait d'un coup de lance le corps d'un innocent dont son ennemi se ferait un bouclier. En frappant son agresseur, il fait un acte licite; mais par des circonstances en dehors de sa volonté, cet acte se trouve avoir une double conséquence, la mort de son ennemi et celle del'innocent. Mais tous les théologiens sont d'accord pour affirmer que dans ces cas, pour être licite, la mort de l'innocent ne doit pas avoir été prévue ou voulue par celui qui la donne, parce qu'alors il serait réellement coupable; autrement il faudrait adopter en morale le principe que la fin justifie les moyens. Or dans la craniotomie, la mort de l'enfant est-elle voulue par le médecin? Evidemment oui. Car, cette opération qui n'est qu'une suite de manœuvres, commence par enfoncer un fer meurtrier dans le crâne, ou si l'opérateur emploie le céphalotribe, il broie ce crâne, causant par là immédiatement la mort de l'enfant. Ainsi le premier acte de la craniotomie est de tuer le fœtus, et le second de l'extraire; de sorte que le médecin délibérément et volontairement, fait périr un innocent pour soustraire la mère à un danger. On voit par là qu'il n'y a pas de similitude entre les cas posés par M. Avanzini et celui de la craniotomie.

Le dernier argument apporté par M. Avanzini en faveur de la craniotomie est celui-ci: si l'enfant est formellement innocent, il est matériellement un injuste agresseur vis-à-vis de sa mère dont il met la vie en danger; or s'il est permis à quelqu'un de tuer un fou furieux qui menacerait sa vie, il devrait être également permis à la femme de sacrifier la vie de son enfant pour sauver la sienne. Car le fou est aussi formellement innocent que l'enfant, puisqu'il n'est pas responsable de ces actes. M. le Dr Hubert, professeur de médecine à l'Université de Louvain, répond ainsi à ce raisonnement:

"Toute attaque suppose une action. Un être passif ne saurait être considéré comme agresseur à moins d'admettre une aggression passive, ce qui implique contradiction dans les termes. Le fœtus est resté complètement étranger à l'acte de sa conception, et *contrairement à l'opinion des anciens*, il reste également étranger au travail qui s'établit pour son expulsion. A ces deux termes de la vie intra-utérine, il est donc tout à fait passif.

Pendant la grossesse... dans l'état de nos connaissances, il

est impossible de dire si l'enfant *prend* ou s'il *reçoit* les liquides et l'espace nécessaire à son évolution. Reconnaissons toutefois qu'il ne se comporte pas à la manière d'un corps inerte, qu'il jouit d'une certaine activité, qu'il se développe vitalement, en vertu d'une force propre, et que, vu l'existence du vice du bassin, ce développement constitue un élément de danger, ou, si l'on veut, un fait nuisible à la femme.

Si, forçant un peu la signification du mot, on qualifie ce fait du titre d'attaque, et si l'on dit qu'elle est injuste... cette théorie est-elle soutenable en morale pure ?

L'injustice d'un acte doit s'envisager à un double point de vue : au point de vue de celui qui le pose, au point de vue de celui qui s'en trouve lésé ?

Au point de vue de celui qui le pose, l'acte n'est injuste que quand son auteur sort de la limite de ses droits : *nam qui suo jure utitur nemini fœcit injuriam.* Lorsque les sphères individuelles sont bien distinctes et indépendantes, l'homme ne peut empiéter sur celle du prochain sans sortir de la sienne propre, et l'agression, si elle a eu lieu, présente sûrement les caractères de l'injustice. Ainsi l'assassin, le fou furieux, en nous frappant, commettent un acte injuste, parce qu'ils compromettent notre existence, en même temps qu'ils sortent de la sphère de leurs droits.

Mais l'enfant qui se développe dans le sein de sa mère n'est pas dans les mêmes conditions ; car si en lui, on reconnait un seul droit, ce doit être, avant tout, celui de vivre et de se développer conformément aux lois de sa nature. A ce point de vue, son développement ne peut donc être considéré comme un acte injuste, et s'il constitue un mal, c'est un mal de force majeure, sans moralité aucune.

Pour celui qui se trouve lésé, l'acte est injuste dès qu'il y a empiètement sur ses droits et qu'il n'a rien fait pour légitimer cet empiètement. Or, dira-t-on, la femme a le droit de vivre et le développement du fœtus porte atteinte à ce droit, et comme, en concevant, elle n'a fait qu'un acte naturel, parfaitement légitime, elle doit conserver le droit de réagir contre le danger qui la ménace.

Ce raisonnement serait peut être juste, si le danger procédait d'un tiers envers lequel elle ne serait liée par aucune espèce d'obligations.

Mais, en concevant librement, la mère a pris envers son enfant un de ces engagements que l'on désigne sous le titre de *quasi-contrat*, c'est-à-dire qu'elle a passé un de ces faits volontaires d'où résultent, pour elle, des obligations réelles, positives, et, pour lui, des droits naturels corrélatifs. De quelque

façon qu'on l'envisage, l'avortement provoqué (et *a fortiori* la craniotomie) implique toujours l'oubli d'un devoir, et la violation d'un droit.

En vain dirait-on que si la femme a pris l'engagement tacite de nourrir le fruit de ses entrailles, c'est uniquement dans la pensée qu'elle le pourrait, sans s'exposer à un danger aussi grave que celui de l'opération césarienne ; ce serait prétendre que la morale n'oblige que quand sa pratique est facile ; ce serait prétendre que le milicien enrôlé volontairement et chargé de la défense d'un pont, peut abandonner son poste, sous prétexte qu'en s'engageant, il n'a pensé courir que les chances d'une guerre ordinaire. Pour lui cependant, il ne s'agit encore que de l'omission d'un devoir, tandis que pour la femme qui se fait avorter, il s'agit en outre de la violation d'un droit, d'un fœticide *par commission*.

Remarquons, d'autre part, que c'est elle-même qui a mis l'enfant dans une position qu'il ne pouvait refuser, qu'il ne peut changer, et dans laquelle il se conforme aux lois de sa destinée, de sorte que, en provoquant sa ruine, elle écarte un péril dont elle est en réalité l'auteur et la cause première. Or, s'il est permis de se défendre contre ses propres actes, c'est, nous semble-t-il, à la condition que ce ne soit pas au détriment certain, et grave jusqu'à la mort, d'un être innocent.

Si l'enfant ne sort pas un instant de la sphère de ses droits, si son attitude à l'égard de sa mère ne présente nullement les caractères d'une agression injuste, si le mal qu'il constitue est un mal sans moralité, de force majeure, et si, comme le fait matériel, ce mal dérive de la femme elle-même, on ne peut soutenir qu'en le repoussant par un fœticide, celle-ci réunisse les conditions voulues pour la légitime défense.

Au point de vue de la loi naturelle, conclut le savant professeur, c'est l'omission des devoirs maternels.

Au point de vue de la morale, c'est la violation des droits d'un tiers, c'est un mal positif, *malum ab intrinseco*, que la fin ne peut justifier.

Au point de vue du droit naturel et de la morale, c'est surtout un acte illicite, lorsque, en concevant librement, la femme connaissait l'alternative qui allait l'attendre."

A ces observations si justes et si rationnelles du professeur de Louvain, M. Eschbach en ajoute une qui complète la réfutation de l'argument des partisans de la craniotomie, la voici :

Quelles causes physiques produisent d'ordinaire ces terribles conjonctures ou, malgré les efforts de l'art le plus consommé, la mort n'est jamais qu'à demi vaincue, si elle ne triomphe pas complètement? Viennent-elles de la mère? Viennent-elles de

plume. N'est-ce pas la notion la plus élémentaire du journalisme que pour parler sensément d'une question en litige, il faut en connaître le pour et le contre et ne pas se tenir satisfait des informations puisées auprès *d'une seule* des parties intéressées, c'est cependant ce qu'à fait notre confrère, aussi son écrit n'est il qu'un tissu d'appréciations fausses, comme chaque lecteur qui connait un peu la question pourra en juger *in petto*, ou à haute voix suivant ses intérêts et ses convictions.

Notre confrère ne voit dans toute cette question qu'un complot tramé par le Pape, Mgr Conroy et l'Université Laval contre l'Ecole de Médecine (*a trap set for them unsuspiciously*). Nous ne voulons pas même effleurer les difficultés qui existent entre nosdeux institutions médicales, l'Union Médicale a toujours gardé sur cette question ce qu'elle croit être une sage réserve. Quant au reste il nous est bien permis d'en manifester notre appréciation.

Le *Record* voit dans l'établissement de la faculté de Laval à Montréal une insulte et un défi aux trois Ecoles déjà existantes en cette ville et prétend que deux facultés protestantes et une catholique sont bien suffisantes pour l'éducation médicale de nos etudiants canadiens-français et catholiques romains. L'accusation d'égoïsme et d'arrogance qu'il lance contre le Laval, parce qu'il ignore absolument les faits, s'il ne les dénature volontairement, pourrait ici lui être appliquée avec plus de raison.

Mais vraiment, va-t-on nous faire un crime d'avoir la prétention d'enseigner nous mêmes la médecine à nos coréligionnaires et à nos compatriotes d'origine canadienne française,de trouver regrettable que nos compatriotes suivent des cours de médecine donnés dans une langue étrangère qu'ils ne comprennent qu'imparfaitement, des leçons basées sur des principes religieux qui ne sont pas les leurs, de faire la lutte en un mot pour que dans une province catholique et canadienne française nos compatriotes trouvent assez d'avantage et de garanties dans les institutions catholiques et françaises pour les dispenser d'aller puiser l'enseignement dans d'autres qui n'ont ni leur croyance ni leur langue. Cela se nomme-t-il de la prétention et de l'égoïsme? La théologie et la médecine se touchent de trop près pour vouloir les séparer. La craniotomie en est une preuve entre mille. Et puis nous sommes jaloux de notre langue, n'est-ce pas légitime; et de même que nous trouvons ridicule Dupuis, qui de retour de la république voisine s'appelle M. Wells; Larocque, M. Stone; Leblanc, M. White; de même nous ne pouvons sans une arrière-pensée entendre un médecin canadien-français, presqu'inévitablement destiné à vivre et à pratiquer parmi les gens de sa propre nationalité, ne pouvoir parler médecine dans sa langue maternelle et ahurir à tout instant ses confrères et ses compatriotes de termes et d'accents étrangers. Si nous étions perdus dans l'élément

anglais, notre langue pourrait devenir une objection, mais grâce à Dieu, dans la province de Québec, nous pouvons nous instruire, pratiquer la médecine, vivre et mourir en français. Ainsi donc quatre ou six universités anglaises et protestantes ne rencontreraient pas plus nos besoins que deux, et nos confrères du *Record* peuvent en prendre leur parti, nous saurons maintenir le droit que nous avons de pourvoir nous-même aux besoins de l'enseignement médical de nos compatriotes, et cela sans que personne ait le droit de s'en plaindre, du moment que nous nous conformons aux lois établies.

Quant à l'opportunité d'avoir à Montréal deux écoles catholiques françaises au lieu d'une, cela concerne si peu nos confrères du *Record*, et intéresse tellement l'élément canadien français, qu'ils seraient bien aimables de ne pas s'immiscer dans nos affaires de famille ; si pourtant ils y tiennent nous leur reconnaissons leur droit d'en parler à leur aise, quitte à nous de leur rappeler de temps à autre ce que l'on entend en français par un exposé *impartial* des faits.

Quand le Bishop parut en 1871 il existait déjà à Montréal une université anglaise et protestante qui, nous sommes heureux de le dire, donnait alors comme aujourd'hui un excellent enseignement à ses élèves. Personne pourtant, parmi nous ne s'insurgea contre la nouvelle faculté. Et si comme le dit le *Record*, ce sont les difficultés qui l'ont rendu si prospère, nous n'avons aucun droit de nous énorgueillir de son succès. Pendant ses neuf années d'existance personne parmi nous ne lui a jamais contesté son droit d'exister, *ni discuté son opportunité*. Nous avons même été si réservés à son égard que nous ne savions même pas qu'elle fut si florissante.

Dans cette charge à fond de train contre la faculté de médecine de Laval à Montréal le *Record* a peut-être aussi un autre mobile que l'amour de la justice et les intérêts de la science, et nous comprenons à demi-mot qu'il n'aime pas à voir deux écoles françaises de médecine à Montréal. L'élément anglais trouvant depuis longtemps à l'Université McGill un enseignement médical aussi complet que possible, nous comprenons les inquiétudes de notre confrère lorsqu'il voit les canadiens-français se mettre eux aussi en mesure de rencontrer sous ce rapport tous les besoins de leurs étudiants.

Dans un pays comme le nôtre, composé d'éléments hétérogènes il faut savoir respecter les droits et les opinions de Caste et pouvoir regarder briller le soleil sur la flèche de vingt temples où Dieu est servi et adoré de vingt manières différentes.

Que nos confrères anglais aient deux écoles, qu'ils en aient quatre, peu nous importe. Quant à l'opportunité d'avoir ici deux écoles canadiennes françaises, le *Record* devrait avoir la générosité facile

plume. N'est-ce pas la notion la plus élémentaire du journalisme que pour parler sensément d'une question en litige, il faut en connaître le pour et le contre et ne pas se tenir satisfait des informations puisées auprès *d'une seule* des parties intéressées, c'est cependant ce qu'à fait notre confrère, aussi son écrit n'est il qu'un tissu d'appréciations fausses, comme chaque lecteur qui connait un peu la question pourra en juger *in petto*, ou à haute voix suivant ses intérêts et ses convictions.

Notre confrère ne voit dans toute cette question qu'un complot tramé par le Pape, Mgr Conroy et l'Université Laval contre l'Ecole de Médecine (*a trap set for them unsuspiciously*). Nous ne voulons pas même effleurer les difficultés qui existent entre nosdeux institutions médicales, l'Union Médicale a toujours gardé sur cette question ce qu'elle croit être une sage réserve. Quant au reste il nous est bien permis d'en manifester notre appréciation.

Le *Record* voit dans l'établissement de la faculté de Laval à Montréal une insulte et un défi aux trois Ecoles déjà existantes en cette ville et prétend que deux facultés protestantes et une catholique sont bien suffisantes pour l'éducation médicale de nos etudiants canadiens-français et catholiques romains. L'accusation d'égoïsme et d'arrogance qu'il lance contre le Laval, parce qu'il ignore absolument les faits, s'il ne les dénature volontairement, pourrait ici lui être appliquée avec plus de raison.

Mais vraiment, va-t-on nous faire un crime d'avoir la prétention d'enseigner nous mêmes la médecine à nos coréligionnaires et à nos compatriotes d'origine canadienne française,de trouver regrettable que nos compatriotes suivent des cours de médecine donnés dans une langue étrangère qu'ils ne comprennent qu'imparfaitement, des leçons basées sur des principes religieux qui ne sont pas les leurs, de faire la lutte en un mot pour que dans une province catholique et canadienne française nos compatriotes trouvent assez d'avantage et de garanties dans les institutions catholiques et françaises pour les dispenser d'aller puiser l'enseignement dans d'autres qui n'ont ni leur croyance ni leur langue. Cela se nomme-t-il de la prétention et de l'égoïsme? La théologie et la médecine se touchent de trop près pour vouloir les séparer. La craniotomie en est une preuve entre mille. Et puis nous sommes jaloux de notre langue, n'est-ce pas légitime; et de même que nous trouvons ridicule Dupuis, qui de retour de la république voisine s'appelle M. Wells; Larocque, M. Stone; Leblanc, M. White; de même nous ne pouvons sans une arrière-pensée entendre un médecin canadien-français, presqu'inévitablement destiné à vivre et à pratiquer parmi les gens de sa propre nationalité, ne pouvoir parler médecine dans sa langue maternelle et ahurir à tout instant ses confrères et ses compatriotes de termes et d'accents étrangers. Si nous étions perdus dans l'élément

anglais, notre langue pourrait devenir une objection, mais grâce à Dieu, dans la province de Québec, nous pouvons nous instruire, pratiquer la médecine, vivre et mourir en français. Ainsi donc quatre ou six universités anglaises et protestantes ne rencontreraient pas plus nos besoins que deux, et nos confrères du *Record* peuvent en prendre leur parti, nous saurons maintenir le droit que nous avons de pourvoir nous-même aux besoins de l'enseignement médical de nos compatriotes, et cela sans que personne ait le droit de s'en plaindre, du moment que nous nous conformons aux lois établies.

Quant à l'opportunité d'avoir à Montréal deux écoles catholiques françaises au lieu d'une, cela concerne si peu nos confrères du *Record*, et intéresse tellement l'élément canadien français, qu'ils seraient bien aimables de ne pas s'immiscer dans nos affaires de famille ; si pourtant ils y tiennent nous leur reconnaissons leur droit d'en parler à leur aise, quitte à nous de leur rappeler de temps à autre ce que l'on entend en français par un exposé *impartial* des faits.

Quand le Bishop parut en 1871 il existait déjà à Montréal une université anglaise et protestante qui, nous sommes heureux de le dire, donnait alors comme aujourd'hui un excellent enseignement à ses élèves. Personne pourtant, parmi nous ne s'insurgea contre la nouvelle faculté. Et si comme le dit le *Record*, ce sont les difficultés qui l'ont rendu si prospère, nous n'avons aucun droit de nous énorgueillir de son succès. Pendant ses neuf années d'existance personne parmi nous ne lui a jamais contesté son droit d'exister, *ni discuté son opportunité*. Nous avons même été si réservés à son égard que nous ne savions même pas qu'elle fut si florissante.

Dans cette charge à fond de train contre la faculté de médecine de Laval à Montréal le *Record* a peut-être aussi un autre mobile que l'amour de la justice et les intérêts de la science, et nous comprenons à demi-mot qu'il n'aime pas à voir deux écoles françaises de médecine à Montréal. L'élément anglais trouvant depuis longtemps à l'Université McGill un enseignement médical aussi complet que possible, nous comprenons les inquiétudes de notre confrère lorsqu'il voit les canadiens-français se mettre eux aussi en mesure de rencontrer sous ce rapport tous les besoins de leurs étudiants.

Dans un pays comme le nôtre, composé d'éléments hétérogènes il faut savoir respecter les droits et les opinions de Caste et pouvoir regarder briller le soleil sur la flèche de vingt temples où Dieu est servi et adoré de vingt manières différentes.

Que nos confrères anglais aient deux écoles, qu'ils en aient quatre, peu nous importe. Quant à l'opportunité d'avoir ici deux écoles canadiennes françaises, le *Record* devrait avoir la générosité facile

plume. N'est-ce pas la notion la plus élémentaire du journalisme que pour parler sensément d'une question en litige, il faut en connaître le pour et le contre et ne pas se tenir satisfait des informations puisées auprès *d'une seule* des parties intéressées, c'est cependant ce qu'à fait notre confrère, aussi son écrit n'est il qu'un tissu d'appréciations fausses, comme chaque lecteur qui connait un peu la question pourra en juger *in petto*, ou à haute voix suivant ses intérêts et ses convictions.

Notre confrère ne voit dans toute cette question qu'un complot tramé par le Pape, Mgr Conroy et l'Université Laval contre l'Ecole de Médecine (*a trap set for them unsuspiciously*). Nous ne voulons pas même effleurer les difficultés qui existent entre nosdeux institutions médicales, l'Union Médicale a toujours gardé sur cette question ce qu'elle croit être une sage réserve. Quant au reste il nous est bien permis d'en manifester notre appréciation.

Le *Record* voit dans l'établissement de la faculté de Laval à Montréal une insulte et un défi aux trois Ecoles déjà existantes en cette ville et prétend que deux facultés protestantes et une catholique sont bien suffisantes pour l'éducation médicale de nos etudiants canadiens-français et catholiques romains. L'accusation d'égoïsme et d'arrogance qu'il lance contre le Laval, parce qu'il ignore absolument les faits. s'il ne les dénature volontairement, pourrait ici lui être appliquée avec plus de raison.

Mais vraiment, va-t-on nous faire un crime d'avoir la prétention d'enseigner nous mêmes la médecine à nos coréligionnaires et à nos compatriotes d'origine canadienne française,de trouver regrettable que nos compatriotes suivent des cours de médecine donnés dans une langue étrangère qu'ils ne comprennent qu'imparfaitement, des leçons basées sur des principes religieux qui ne sont pas les leurs, de faire la lutte en un mot pour que dans une province catholique et canadienne française nos compatriotes trouvent assez d'avantage et de garanties dans les institutions catholiques et françaises pour les dispenser d'aller puiser l'enseignement dans d'autres qui n'ont ni leur croyance ni leur langue. Cela se nomme-t-il de la prétention et de l'égoïsme? La théologie et la médecine se touchent de trop près pour vouloir les séparer. La craniotomie en est une preuve entre mille. Et puis nous sommes jaloux de notre langue, n'est-ce pas légitime; et de même que nous trouvons ridicule Dupuis, qui de retour de la république voisine s'appelle M. Wells; Larocque, M. Stone; Leblanc, M. White; de même nous ne pouvons sans une arrière-pensée entendre un médecin canadien-français, presqu'inévitablement destiné à vivre et à pratiquer parmi les gens de sa propre nationalité, ne pouvoir parler médecine dans sa langue maternelle et ahurir à tout instant ses confrères et ses compatriotes de termes et d'accents étrangers. Si nous étions perdus dans l'élément

anglais, notre langue pourrait devenir une objection, mais grâce à Dieu, dans la province de Québec, nous pouvons nous instruire, pratiquer la médecine, vivre et mourir en français. Ainsi donc quatre ou six universités anglaises et protestantes ne rencontreraient pas plus nos besoins que deux, et nos confrères du *Record* peuvent en prendre leur parti, nous saurons maintenir le droit que nous avons de pourvoir nous-même aux besoins de l'enseignement médical de nos compatriotes, et cela sans que personne ait le droit de s'en plaindre, du moment que nous nous conformons aux lois établies.

Quant à l'opportunité d'avoir à Montréal deux écoles catholiques françaises au lieu d'une, cela concerne si peu nos confrères du *Record*, et intéresse tellement l'élément canadien français, qu'ils seraient bien aimables de ne pas s'immiscer dans nos affaires de famille ; si pourtant ils y tiennent nous leur reconnaissons leur droit d'en parler à leur aise, quitte à nous de leur rappeler de temps à autre ce que l'on entend en français par un exposé *impartial* des faits.

Quand le Bishop parut en 1871 il existait déjà à Montréal une université anglaise et protestante qui, nous sommes heureux de le dire, donnait alors comme aujourd'hui un excellent enseignement à ses élèves. Personne pourtant, parmi nous ne s'insurgea contre la nouvelle faculté. Et si comme le dit le *Record*, ce sont les difficultés qui l'ont rendu si prospère, nous n'avons aucun droit de nous énorgueillir de son succès. Pendant ses neuf années d'existance personne parmi nous ne lui a jamais contesté son droit d'exister, *ni discuté son opportunité*. Nous avons même été si réservés à son égard que nous ne savions même pas qu'elle fut si florissante.

Dans cette charge à fond de train contre la faculté de médecine de Laval à Montréal le *Record* a peut-être aussi un autre mobile que l'amour de la justice et les intérêts de la science, et nous comprenons à demi-mot qu'il n'aime pas à voir deux écoles françaises de médecine à Montréal. L'élément anglais trouvant depuis longtemps à l'Université McGill un enseignement médical aussi complet que possible, nous comprenons les inquiétudes de notre confrère lorsqu'il voit les canadiens-français se mettre eux aussi en mesure de rencontrer sous ce rapport tous les besoins de leurs étudiants.

Dans un pays comme le nôtre, composé d'éléments hétérogènes il faut savoir respecter les droits et les opinions de Caste et pouvoir regarder briller le soleil sur la flèche de vingt temples où Dieu est servi et adoré de vingt manières différentes.

Que nos confrères anglais aient deux écoles, qu'ils en aient quatre, peu nous importe. Quant à l'opportunité d'avoir ici deux écoles canadiennes françaises, le *Record* devrait avoir la générosité facile

faisant des tractions avec l'instrument même, soit en appliquant le forceps. D'autres au contraire, et en particulier M. Pajot, conseillent de laisser la terminaison du travail à la nature. Le savant tocologiste que je viens de nommer emploie la *céphalotripsie repétée sans traction*, c'est-à-dire qu'il enlève l'instrument, puis le réapplique une seconde ou une troisième fois suivant les circonstances, mais toujours dans le sens d'un autre diamètre, de sorte qu'après quelques applications, la tête se trouve avoir été comprimée dans tous les sens et réduite à son plus petit volume. Ce monsieur laisse toujours une heure ou deux entre chaque nouvelle application de l'instrument; et il déclare avoir réussi dans des cas où le bassin était très étroit après sept ou huit applications du céphalotribe, l'accouchement se terminant par les forces seules des contractions utérines.

Au premier abord, cette méthode est certainement de nature à plaire au praticien et à la femme, parce qu'elle évite l'extraction du fœtus par morceaux, chose toujours pénible pour la sensibilité de l'un et de l'autre; cependant elle n'est pas sans danger. "Car, comme le fait remarquer Schröder, le céphalotribe ne peut s'appliquer que dans le diamètre transverse ou dans l'un des diamètres obliques. Mais aussitôt que le crâne est ainsi comprimé dans ce diamètre, il faut nécessairement que les autres diamètres du crâne, et par conséquent aussi celui qui se trouve dans le conjugué, éprouvent un allongement, ou si cet allongement se trouve empêché, qu'ils pressent sur l'obstacle qui s'y oppose.

Si donc l'on se sert du céphalotribe, les parties molles maternelles déjà fortement comprimées à la paroi antérieure et postérieure du bassin sont exposées de nouveau à une forte pression. Cette pression est naturellement beaucoup moins forte si le cerveau a été évacuée auparavant, et c'est pour cela que l'on doit toujours faire précéder la céphalotripsie de la perforation. L'augmentation de la pression sur les parties molles déjà meurtries se trouve évitée par la méthode anglaise. Toutefois, l'enlèvement successif des os du crâne au moyen de la pince à os, est une opération très longue, très délicate. Pourtant entre des mains habiles, elle peut se faire sans lésion pour la mère, et la pression des parties molles ne sera augmentée à aucun moment, mais au contraire diminuée continuellement à mesure que l'on enlèvera les os.... On ne peut donc contester que la méthode anglaise ne présente sur la céphalotripsie des avantages réels, quoique d'une façon générale elle soit plus difficile et plus délicate."

A ces considérations de Schröder, on peut ajouter que la

céphalotripsie répétée, telle que pratiquée par M. Pajot, laisse la femme dans de grandes souffrances pour un temps assez long, variant suivant le nombre d'applications de l'instrument; de plus, il peut arriver qu'après un broiement du crâne aussi complet, des esquilles d'os percent le cuir chevelu et pendant la descente de la tête sous la pression des contractions utérines, déchirent soit le col de l'utérus, soit le vagin. Il peut arriver aussi qu'à cause du choc nerveux que subit la femme soumise à ces opérations, les véritables tranchées disparaissent pour être remplacées par de fausses douleurs; ce qui retarde encore sa délivrance. Par la méthode anglaise, au contraire, l'accouchement se termine plus rapidement; et si le médecin a l'habileté suffisante, il pourra éviter de lacérer les parties génitales de la femme, enlevant par là une source de grand danger pour cette dernière.

Après cet examen des deux méthodes, je suis porté, Messieurs, à me prononcer en faveur de la pratique anglaise, surtout lorsque l'étroitesse du bassin est considérable, parce qu'elle me paraît plus sûre, plus expéditive et qu'elle laisse souffrir la femme moins longtemps.

Dernièrement, le Dr Barnes a imaginé une nouvelle méthode de céphalotomie, qui consiste à sectionner le crâne au moyen d'un fil de fer attaché à un serre-nœud; et il prétend par là réussir dans des bassins de la plus petite dimension. M. Pajot éprouve une certaine méfiance sur la possibilité d'application de ce procédé, méfiance qui paraît assez bien fondée, pour ne pas lui donner de prime abord la préférence sur les moyens déjà connus de faire la craniotomie, avant plus mûr examen.

REVUE DES JOURNAUX.

PATHOLOGIE ET CLINIQUE MÉDICALES.

Traitement de la fièvre typhoïde chez les enfants.—Le traitement de la fièvre typhoïde chez l'enfant, diffère essentiellement du traitement qu'on institue pour un adulte. Il ne s'agit pas, si l'on veut, d'une médication active, d'un remède en particulier, mais d'une série d'indications qu'il convient de remplir. On peut les résumer dans cette phrase: soutenir les forces, calmer ou exciter le système nerveux selon les cas, réveiller les fonctions cutanées qui sommeillent.

Dès les premiers jours, l'emploi des boissons délayantes est

nettement indiqué. Il convient de prescrire de préférence, les liquides acidules parce qu'ils rafraichissent et sont plus agréables à prendre. Cela suffit au début, mais au bout des quatre ou cinq premiers jours, on peut commencer d'administrer de l'alcool. Cette substance, comme tout le monde le sait, est excitante à certaines doses ; d'un autre côté, il est un fait notoire, c'est que dans les maladies hyperthermiques, elle abaisse la température et soutient les forces qui tendent à s'épuiser.

La forme sous laquelle s'administre l'alcool peut varier : l'eau-de-vie, le rhum, le vin de Malaga, etc., peuvent s'employer indifféremment, toutes conditions de doses réservées, cela s'entend.

Durant cette premiere période de la maladie, l'enfant, d'une manière générale, a été constipé ; mais voilà que la scène change ; une hypersécrétion intestinale se produit, la diarrhée apparait, le tout, s'accompagnant de coliques parfois très-violentes. Employez alors les fomentations émollientes sur le ventre, les lavements contenant deux à trois gouttes de laudanum pour un enfant de cinq à sept ans. Vous verrez, dans la plupart des cas, les douleurs abdominales s'apaiser, le météorisme diminuer après deux ou trois jours de cette pratique, quelquefois plus-tôt. Tous les trois jours, on pourra faire prendre avec avantage un petit verre d'une eau minérale laxative, non pas dans le but de purger le petit malade, mais pour nettoyer la tube digestif et faire en quelque sorte sa toilette.

On administrera tous les jours des lavements d'eau, dans lesquels on pourra mettre si l'on veut une substance antiseptique. Pour exciter la peau et la rafraîchir, des lotions seront pratiquées rapidement sur tout le corps, avec de l'eau dégourdie, contenant un peu de vinaigre ordinaire, du vinaigre de Bully, etc. A ce propos, M. J. Simon fait une petite digression sur les bains froids qu'il n'admet pas dans le traitement des enfants, Il conseille néanmoins d'employer des bains tièdes, comme donnant de bons résultats sans présenter les inconvénients des immersions froides.

Le malade sera changé de lit et de chambre le matin et le soir, si toutefois le logement le permet. Le but de cette pratique est d'empêcher l'enfant de séjourner constamment dans un milieu empesté par le poison qu'il engendre. Il convient d'ajouter à cela le silence le plus absolu, une demi-obscurité et un repos qui ne sera pas troublé par des visites inopportunes. Le régime sera diététique, mais pas d'une façon absolue, le lait, le bouillon seront prescrits dans le but d'alimenter le patient.

En résumé, le traitement de la fièvre typhoïde ordinaire qui évolue sans accidents notables, consistera à soutenir directement les forces au moyen du lait, du bouillon, de l'alcool, ou indirectement en diminuant l'hypersécrétion intestinale, et à combattre le poison par le lavage du tube digestif le changement d'air, etc.

COMPLICATIONS:—1° *Accidents abdominaux*.—Quand on parle d'accidents abdominaux on a surtout en vue la superpurgation et les tranchées vives. Employez hardiment des substances absorbantes on légèrement modificatrices. On peut faire prendre jusqu'à 10 grammes de craie dans un julep gommeux, ou bien 4 grammes de sous-nitrate de bismuth délayés dans de l'eau simple ou sucrée. On se trouvera bien de l'administration de lavements d'amidon cuit dans les quels on mettra quatre à cinq gouttes de laudanum; cette dose d'opium peut être augmentée jusqu'à tolérance du malade, mais il faut dans tous les cas une surveillance attentive. Ajoutez à cela des fomentations émollientes sur le ventre. Il pourrra se faire que la diarrhée ne cède pas avant quatre ou cinq jours.

2° *Accidents thoraciques*.—Les plus fréquents sont les bronchites généralisées, les congestions pulmonaires doubles. Il fatdra se garder en général d'employer des vomitifs. L'ipéca, lepolygala, le kermès, l'antimoine seront rigoureusement proscrits. Tous ces moyens n'aboutiraient qu'à déprimer les forces du malade, si toutefois ils ne le tuaient pas. Qu'on se borne à des applications de ventouses sèches en avant et en arrière de la poitrine, le matin et le soir. C'est là un moyen bien simple et pourtant bien puissant qu'on a toujours à sa disposition. Par ce procédé, on stimule la peau et l'on fait une dérivation salutaire. Insistez sur l'aleool que vous prescrirez à la dose de 20 à 30 grammes dans un julep; au besoin vous pourrez ajouter un peu d'extrait de quinquina.

Si la dyspnée augmente notablement, il faut sans hésiter, appliquer un vésicatoire volant sur la poitrine. Il sera laissé en place trois ou quatre heures, mais jamais au delà de cinq ou six. Cela suffira juste pour irriter la peau; on le remplacera par un cataplasme de fécule qui provoqnera la formation de la cloche.

Ne nous privons pas d'un agent thérapeutique d'une puissance extrême, surtout chez les enfants, par la crainte de provoquer des eschares. Il est vrai que cet accident est plus facilement produit dans la fièvre typhoïde et dans les cachexies en général, mais on peut toujours le prévenir en levant le vésicatoire assez tôt.

3° *Accidents cérébraux*.—C'est là une complication sur la-

quelle on a le moins de prise. Il convient d'insister sur le chloral qui sera administré à la dose de 1 à 2 grammes. Si l'enfant présente des phénomènes d'une grande excitation, prescrivez tous les jours un lavement contenant un jaune d'œuf, 1 gramme de chloral et 1 gramme de camphre. Ce n'est qu'en dernier ressort qu'il sera donné du bromure de potassium, encore faudra-t-il se garder de l'administrer plus de deux jours de suite.

4° *Hémorrhagies.*—Les hémorrhagies intestinales liées à la fièvre thphoïde, sont rares chez les enfants ; il se produit plus souvent des épistaxis rebelles. Voici, d'ailleurs un moyen, le plus souvent efficace, pour arrêter l'écoulement du sang par le nez.

On prend de l'amadou qu'on découpe en lanières, larges d'un peu moins d'un centimètre. On les introduit le plus loin possible dans les fosses nasales jusqu'à ce que cette cavité soit bien remplie. Cela fait, une dernière lanière est placé transversalement sur l'orifice des narines ; il n'y a plus qu'à fixer le tout au moyen d'une petite bande qu'on serre sur la tête. Il y a quelquefois nécessité de tremper l'amadou dans une solution titrée de perchlorure de fer. Dans tous les cas, le tamponnement postérieur des fosses nasales au moyen de la soude de Belloc, doit être rigoureusement proscrit. C'est là, en effet, une manœuvre très-difficile à cause de smouvements de l'enfant ; elle provoque des nausées et ne produit pas de meilleurs résultats, que le procédé dont il vient d'être question.

Lorsqu'une hémorrhagie intestinale se déclare, administrez deux gouttes de perchlorure de fer, dans un peu d'eau, toutes les heures ou toutes les deux heures. Si ce moyen ne suffit pas, donnez des boissons fraîches, faites placer des compresses froides sur le ventre. A l'intérieur, donnez de la glace qui, après avoir été râpée et mélangée à du sucre en poudre, sera généralement bien acceptée par le malade.

4° *Accidents par compression.*—Ces accidents sont constitués par les rougeurs, les eschares qui se déclarent dans les parties déclives qui supportent le poids du corps: elles se montrent d'habitude au sacrum. Il faut tâcher de les prévenir. Le moyen le plus simple consiste à faire reposer le bassin de l'enfant sur un coussin à air, rempli aux deux tiers ; on lavera d'ailleurs soigneusement ces parties, avec l'infusion de feuilles de noyer, des substances astringentes en général.

Nous terminons par un coup d'œil jeté sur le traitement des formes graves de la fièvre typhoïde.

Dans les formes ataxo-adynamiques, caractérisées par un mélange de délire et de prostration, appliquez immédiatement

un vésicatoire volant à la nuque; dès qu'il sera sec, on pourra le remplacer par un autre. Par ailleurs, on utilisera les moyens indiqués précédement contre les acccidents cérébraux.

Enfin dans les cas de fièvre typhoïde adynamique, et dans les formes putrides, il faudra insister sur les toniques et les substances excitantes capables de réveiller le système nerveux.

On pourra même au besoin donner un bain frais. Quelques secondes suffisent pour provoquer une excitation remarquable, mais c'est là un moyen qui ne devra être employé qu'après s'être vainement adressé aux autres.—*Le Concours Médical.*

—

Eczéma diabétique; par M. le Dr de Rantere.—Il est de ces affections qui sortent un peu du cadre pathologique ordinaire et qui dans les hôpitaux, de même que dans la pratique civille, sont d'une grande rareté relativement à d'autres affections qui figurent à la tête des statistiques sanitaires, des tableaux de décès. La goutte vraie et l'asthme essentiel, le diabète sucré sont de ce nombre.

Je ne me propose pas de traiter de ces maladies; je n'ai en vue que de relater un fait d'observation particulière sur lequel j'ai établi une théorie et que je soumets à la science et au jugement de mes confrères.

Parmi les complications multiples se produisant dans le cours de la glycosurie, se trouve une affection servant parfois à établir un diagnostic et rebelle au traitement: j'entends l'eczéma pudendorum et par irradiation, celui des cuisses, des aînes et du bas ventre.

Dans la glycosurie, le tissu cutané et ses dépendances est extrêmement sujet à des altérations; à preuve, la sécheresse de la peau et la cataracte du cristallin, l'anthrax et les gangrènes spontanées.

Feu le professeur Trousseau, dans ses admirables leçons cliniques de l'Hôtel-Dieu de Paris, disait:

" Lorsqu'il vous arrivera d'être consulté par des malades, par des femmes commençant à avancer en âge, qui se plaindront de démangeaisons vives de la vulve ou de son pourtour; lorsqu'en examinant ces régions, vous constaterez l'existence d'un eczéma, et que cet eczéma, survenu en dehors des époques menstruelles, indépendamment de tout écoulement leucorrhéique, occasionnera des douleurs telles qu'elles entraineront la perte de sommeil, votre idée devra se porter vers la glycosurie."

L'année dernière, j'eus à traiter à-peu-près à la même époque

deux personnes, une dame de cinquante-trois ans, et une batelière de 43 ans, toutes deux affectées de glycosurie, et d'eczéma des parties génitales. Cette dernière affection était un tourment qui primait l'affection principale et dont elles demandaient le plus instamment à être débarrassées. Tous les soirs, à heure fixe, détail à noter, cette région était le siége d'un prurit tellement violent que ces personnes, en dépit des lotions froides, des applications d'eau blanche, des cataplasmes, de solutions arsénicales, de sublimé, de nitrate d'argent, d'onguent au précipité rouge, au turbite minéral, au calomel, etc., que des praticiens divers avaient mis antérieurement en pratique, que ces personnes, dis-je, se grattaient jusqu'au sang et préféraient une douleur même aiguë à l'insupportable démangeaison.

L'éczéma, éruption vésiculeuse, d'un diagnostic facile, attendu qu'il n'y a guère moyen de la confondre avec la miliaire et l'herpès, les seules avec lesquelles une confusion serait possible, réconnait pour cause (à part la cause interne dépendant de la diathèse dartreuse) toute irritation de la peau et j'oserais dire presque sans crainte d'être contredit, l'irritation de la peau par des substances *acides*.

Ainsi chez les enfants, nous voyons tous les jours l'eczéma succéder à l'érythème des fesses, à la suite de diarrhées acides, du séjour prolongé dons des linges mouillés par l'urine; l'eczéma du menton et de la gorge à l'époque où les enfants vont faire des dents et bavent le plus; l'eczéma du cuir chevelu chez les enfants malpropres, qui on eu la tête encroutée; l'eczéma encore existe de préférence aux endroits où la sueur peut s'accumuler: sous les seins et dans les aines chez les personnes trop fortes ou qui ne se donnent pas des soins de propreté suffisants; derrière les oreilles chez les enfants, dans le pli génito-crural et anal chez les adultes et même le pli du jarret.

Dans le diabète, l'urine conserve sa réaction acide en dépit des sels qu'elle renferme et dont la proportion, d'après les recherches de Thierfelder et Uhle, est notablement accrue (sulfates 4 et 5 gr. au lieu de 2 gr.; chlorures en moyenne 11 gr., mais pouvant aller jusqu'à 36 gr. en 24 heures). Jaccoud dit qu'après l'émission, il y a formation dans l'urine d'acide lactique, butyrique, acétique et formique qui viennent corroborer l'acidité primitive. D'autre part encore, la glycose, substance éminemment fermentescible, soit, qu'elle-même agisse comme ferment, soit que des spore de lâtmosphère ou des globules de ferment se produisant dans l'urine même se chargent de ce rôle, une fermentation se produit dont le résul-

tat, acide carbonique et alcool, n'est pas tout-à-fait propre à adoucir la peau sollicitée déjà à s'enflammer.

Dans cette occurence, le seul traitement rationnel devait consister : 1° à faire des lotions *à grande eau*, chaque fois que la personne aurait uriné ; et ce, à l'effet de prévenir une cause déterminant et entretenant l'affection.

2° A trouver un médicament propre à saturer sur place les acides qui se produisent et enrayant d'autre part la fermentation.

A cet effet, je prescrivis la pommade suivante, d'une simplicité toute primitive, mais dont l'efficacité me semblait prévue par le raisonnement.

Axung. procin, recent	} aa ℥ ss
Olei amygdal. cois	
Boratis sodæ	grs 45
Picis liquid	℥ ss
M. f. ung	

Le borax, sel *alcalin*, devait prévenir la fermentation ;— nous savons en effet que les spores ou ferments se trouvent mal de son atmosphère (oïdium albicans par exemple) ;— et d'autre part, saturer les acides qui auraient pu se produire, et rendre nulle par là, leur action irritante.

D'autre part, le goudron est à la fois antiseptique et adoucissant ; partant de la même idée, le docteur Mayer d'Anvers a donné la créosote de hêtre en pommade de 1/16 et a également obtenu la sédation du prurit.

Je revins quelques jours après avoir fait cette prescription revoir une de mes malades, qui à ma première demande répondit qu'elle n'allait nullement mieux. A force de questions et d'instances, je parvins à tirer d'elle cet aveu : " qu'ayant déjà employé tout ce qu'on pouvait imaginer, elle n'avait pas cru à l'efficacité de mon médicament et avait négligé de le faire préparer. Dieu sait, ajoutait-elle, combien cette pommade serait âcre, car avec ses lotions arsénicales elle avait déjà tant souffert sans qu'il en fut résulté la moindre amélioration.

Relevons en passant cette idée encore enracinée dans le cerveau de nos clients : Que l'action curative d'un médicament est en raison directe de l'intensité des symptômes subjectifs éprouvés par son administration.

En dépit des mauvaises pensées de ma cliente, je tins bon ; le traitement se fit et au bout de dix-sept jours, l'affection avait entièrement cédé.

Quant à l'autre sujet de cette observation, batelière de pro-

fession, celle-là fut plus docile, le traitement commença d'emblée, mais dura un mois avant d'amener une guérison parfaite.

J'ai vu et revu ces deux personnes, et je peux affirmer que c'est uniquement au traitement tel que je l'ai institué que la guérison doit être attribuée.

Les docteurs Gueneau de Mussy et Delioux de Savignac ont également employé le borax à l'extérieur conjointement avec l'eau de laurier cerise, mais il n'ont obtenu que la sédation du prurit, ce qu'ils attribuent à la formation de cyanure de sodium.

En résumé, je crois, en présence de l'effet que j'ai obtenu, que le même résultat se reproduirait dans tous les cas analogues; j'invite mes confrères à essayer la pommade dont j'ai donné la formule et je suis sûr que de nouvelles applications ne pourraient manquer de produire de nouvelles guérisons.—(*Annales de Méd. d'Anvers*).—*Le Scalpel.*

—

Anévrysme de l'aorte et tuberculose. De quelques hémoptysies. Traitement de l'asthme, quelle que soit sa cause, par l'iodure de potassium (suivant la méthode du Professeur G. Sée.)—On admet généralement que l'anévrysme de l'aorte ne se complique guère de désordres pulmonaires; M. le professeur G. Sée a cependant observé trois cas d'anévrysmes aortiques où il en a été autrement: Une sage femme, entrée il y a huit jours à l'Hôtel-Dieu pour un anévrysme aortique et qui avait déjà été soignée dans d'autres hôpitaux, présentait un teint cachectique peu en rapport avec la lésion dont elle était atteinte. Il semble, en effet, que l'anévrysme ne puisse déterminer de dyspnée que par suite de la compression du récurrent ou du tronc du pneumo-gastrique. Or, il n'y avait, chez cette malade, ni altération de la voix, ni paralysie des cordes vocales, et cependant la face était très pâle et la dyspnée intense. Pour se rendre compte de ces phénomènes insolites, M. Sée examina attentivement la poitrine de cette femme, et fut tout surpris de trouver des signes de ramollissement pulmonaire du côté gauche. Cette malade succomba peu de jours après, à la rupture de l'anévrysme qui s'était ouvert drns la bronche gauche. A l'autopsie, on trouva, outre l'anévrysme, dans le sommet du poumon gauche, une sorte de pneumonie chronique suppurée.

M. Sée se rappelle deux autres faits analogues qu'il a observés en ville: 1, Un marquis méridional, âgé de 40 ans, se sentant oppressé, consulte son médecin qui lui donne quelques conseils

contre l'asthme. Le mal faisant des progrès, il va consulter un médecin de Montpellier, qui lui déclare qu'il a un anévrysme de l'aorte. C'est alors qu'il se décide à venir à Paris. A ce moment, c'est à peine s'il pouvait marcher, le plus léger mouvement amenait une grande oppression ; de plus, le sommeil était impossible. Sous l'influence du traitement par l'iodure de potassium et des pilules de morphine, dont nous parlerons tout à l'heure, la situation de ce malade s'améliora beaucoup, il put dormir toute la nuit et faire des marches d'une demi-heure sans trop éprouver de malaise. M. Sée a, du reste, réussi plusieurs fois à faire vivre des malades pendant 10, 12 et même 15 ans, bien qu'ils fussent atteints d'anévrysmes de l'aorte ; l'iodure de potassium n'agit pas directement pour guérir l'anévrysme, mais pour en diminuer le symptôme le plus pénible, la dyspnée.

Ce malade allait de mieux en mieux, lorsqu'un jour l'amélioration vint à cesser ; cependant le malade n'avait ni toussé, ni maigri ; l'auscultation révéla un foyer de pneumonie caséeuse au sommet du poumon droit.

2° Il y a quatre ou cinq mois, on amena au professeur G. Sée une vieille femme très oppressée et toussant beaucoup, elle était atteinte d'anévrysme de l'aorte : le traitement ordinaire l'améliora, mais peu après des signes de tuberculose très nette se manifestaient dans le poumon droit.

Déjà de semblables faits ont été publiés par MM. Hanot et Ducastel : il s'agissait, dans les deux cas rapportés par ces derniers, de pneumonie-caséeuse coïncidant avec un anévrysme aortique.

Les anévrysmes de l'aorte donnent souvent lieu à des *hémoptysies répétées*, il en est de même de certaines affections valvulaires du cœur. Ainsi, cette sage-femme dont nous parlions plus haut et qui a succombé à une hémorrhagie foudroyante, avait déjà eu, il y a cinq ou six ans, de petites hémoptysies qui avaient nécessité son entrée à l'hôpital de la Charité. M. Sée observe en ce moment un jeune homme qui n'a qu'un léger bruit de souffle à la pointe du cœur, il est atteint d'une affection mitrale dont tous les autres signes sont latents ; le seul qui se soit manifesté c'est l'hémoptysie. Aussi, quand on se trouve en face d'un hémoptoïque, homme ou femme, il y a, comme dans l'Ecclésiaste, trois choses à chercher, et de plus une quatrième : 1° examiner les poumons avec assez de soin, pour ne rien laisser à glaner après soi ; 2° interroger l'aorte ; quand elle est anévrysmatique, elle peut laisser filtrer le sang, c'est le " stillicidium sanguinis " ou la *diapédèse* d'Erasistrate ; 3° ausculter le cœur. Lorsqu'on n'aura rien trouvé dans ces

organes, alors on pourra croire à la quatrième cause, savoir : à une hémorrhagie essentielle si c'est un homme, ou peut-être à une déviation des menstrues si c'est une femme.

Voici maintenant la formule du *traitement de l'asthme* suivant la méthode du professeur G. Sée : On administre l'iodure de potassium à la dose de 1 gr. 50 par jour, tantôt seul, tantôt additionné de 5 à 10 centigrammes d'extrait gommeux d'opium. Quand l'oppression est considérable, il faut donner 1 à 2 grammes de chloral le soir pour faciliter le sommeil.

Chez le malade atteint d'anévrysme dont nous avons parlé plue haut, la dose d'iodure de potassium fut portée à 7 grammes par jour et parfaitement tolérée grâce à la morphine.

D'ordinaire, les doses d'iodure de potassium sont augmentées graduellement de 1 gr. 50 à 2 et même 3 grammes par jour, pris au moment du repas afin de ne pas fatiguer l'estomac. M. Sée a remarqué que les symptômes d'iodisme, lorsqu'ils se prodnisent, sont provoqués aussi bien et mieux encore par de petites doses que par de hautes doses du médicament, si bien qu'il lui est arrivé de faire cesser les premiers symptômes d'iodisme en doublant la dose d'iodure de potassium.

Au bout de quelques heures après l'administration de l'iodure de potassium, la dypsnée et l'oppression diminuent ; les grands accès sont généralement arrêtés au bout de 24 à 48 heures ; et, en continuant l'emploi de ce médicament, la maladie est parfois définitivement enrayée. Si l'on donne l'iodure quelquas heures avant l'accès prévu, celui-ci n'a pas lieu ; si l'accès est déjà commencé, l'iodure peut en abréger la durée et l'intensité.

C'est en délayant les mucosités bronchiques dont la sécheresse rend pénibles les accès de dyspnée, qu'agit l'iodure de potassium ; il fait disparaître les râles secs et sibilants du début et, sous l'influence de la prolongation du médicament, l'emphysème récent disparait.

Quelle que soit la variété d'asthme nerveux ou catarrhal, l'effet est le même ; pour maintenir les effets heureux ainsi obtenus, il est nécessaire de prolonger l'usage de l'iodure de potassium pendant des mois et des années.—*La Praticien*

Traitement hygiénique des calculs biliaires, par Bouchardat.—1° S'abstenir de pain, de graines, d'œufs, d'aliments azotés en excès, d'oseille, de tomates, de liqueurs fortes, de poissons, de crustacés, de coquillages, de fromages avancés ; remplacer le pain par des pommes de terre ; manger les

légumes ordinaires, les herbes qui renferment de la potasse, préférable ici à la soude. Faire de la médication alcaline indirecte sous la forme de malates, citrates, tels qu'ils sont contenus dans les fruits; fruits oléagineux en quantité modéré; vin rouge léger, étendu d'eau.

2° Entretenir la liberté du ventre en prenant au réveil depuis une cuillerée à café jusqu'à une cuillerée à bouche de tartrate de potasse et de soude et de sulfate de soude, parties égales, dans un verre de macération de racine de réglisse, de limonade ou d'orangeade fortement sucrée.

3° Exercice modéré.

4° Activer les fonctions de la peau par des lavages, frictions fréquentes et massages avec la main enduite de quelques gouttes d'huile parfumée. Chaque semaine un à trois bains avec:

Carbonate de potasse.....	℥ iij
Essence de lavande	3 ss
Teinture de benjoin, vanillle..... ...	3 i

suivis de longues frictions et massage.

5° *a.* Dans un but d'expulsion, matin et soir 1 à 3 perles d'essences de térébenthine et 1 à 2 perles d'éther. On peut les prendre aux repas, préférablement entre.

b. Pour empêcher la formation des calculs, pendant dix jours, matin et soir, avant chaque repas, une pilule de 0,1 décigr. de tartrate de potasse et de lithine; pendant dix autres jours, matin et soir, une cuillerée à bouche de:

Sirop des cinq racines apéritives.....	℥ xij
Acétate de potasse.....	3 v

Pendant dix autres jours, un litre d'eau chaque jour contenant 10 gr, de tartrate de potasse et de soude,

Au printemps, le matin au réveil, pendant un mois, 120 gr. de sucs d'herbes (laitue, chicorée. pissenlit, parties égales), plus 5 gr. d'acétate de potasse.

c. Saison à Pougues, Vals, Vichy. (*Bulletin de thérapeutique.*) —*Lyon Médical.*

—

Congestion du foie dans les affections cardiaques. —Il arrive assez souvent qu'on ne tient pas un compte suffisant de l'état de congestion du foie dans les affections cardiaques, car il y a là dans certains cas une indication théra-

peutique importante à laquelle on peut répondre avec efficacité. Il y a du reste a cet égard des différences extrêmement notables suivant les malades. Ainsi que l'a déjà fait remarquer M. Rendu dans l'article important qu'il a publié dans le *Dictionnaire encyclopédique*, ce qui doit être bien mis en relief au sujet de la congestion du foie liée aux maladies de cœur, c'est qu'elle n'est pas en corrélation nécessaire avec le degré apparent des lésions cardiaques, bien que les phénomènes mécaniques y prennent la plus grande part. Certains malades conservent pendant des années un rétrécissement mitral et même une insuffisance, sans présenter d'autres complications hépatiques que des poussées d'hypérémie passagère ; d'autres au contraire ont dès le début un gros foie et de l'ascite, avant même que l'on puisse constater le moindre œdème des jambes, à ce point de vue, il y a pour ainsi dire autant de variétés dans le tableau des accidents morbides qu'il y a de malades, sans que la raison de ces variations paraisse suffisamment connue. On peut se demander s'il n'y a pas là une prédisposition due soit à des accidents morbides héréditaires, soit à une influence diathésique. A coup sûr, cela est vrai pour les alcooliques atteints de maladies de cœur ; presque toujours les accidents hépatiques sont chez eux prédominants. Mais cela se voit également pour des malades nullement entachés d'alcoolisme et alors il est possible comme le croit M. Jules Simon que le tempérament bilieux la goutte, la gravelle soient les circonstances déterminantes de la localisation hépatique congestive.

Quelle que soit d ailleurs cette raison, la congestion hépatique d'origine cardiaque doit être l'objet d'une attention particulière ainsi que le démontre le cas d'un malade du service de M. Rendu. Cet homme, âgé d'une cinquantaine d'année et atteint d'une insuffisance mitrale, est déjà entré cinq ou six fois à l'hôpital pour des attaques d'asystolie plu ou moins violentes et on a toujours constaté chez lui une congestion considérable du foie. Dans les premières atteintes, on se contentait de combattre les phénomènes d'asystolie par les moyens usuels tels que la digitale, les diurétiques, les drastiques, etc..., mais les accidents ne diminuaient que très lentement, et le foie en particulier conservait longtemps sa dilatation anormale. Frappé de ce fait, M. Rendu dans les attaques ultérieures, chercha à agir directement sur cet organe et dans ce but fit appliquer dans la région hépatique cinq ou six ventouses scarifiées. Sous cette influence le foie diminua rapidement de volume et en même temps le cœur reprenait bientôt son fonctionnement normal, la dyspnée disparaissait ainsi que tous les autres

symptômes d'asystolie. On peut donc admettre que dans des cas semblables les choses se passent comme si le malade se trouvait dans une sorte de cercle vicieux : le cœur venant à se troubler sous une influence quelconque, la circulation hépatique chez certains malades par une des raisons énumérées plus haut est très rapidement entravée, et devient l'obstacle principal au rétablissement du fonctionnement régulier du cœur; si, par conséquent, on parvient par des moyens assez prompts à décongestionner le foie, on arrive plus sûrement que par tout autre procédé à faciliter l'action du cœur. Or cette indication peut être remplie par l'emploi des ventouses scarifiées ainsi que cela a été fait avec succès dans l'exemple rapporté ici, exemple qui montre en même temps la nécessité de rechercher l'état de la circulation du foie dans les affections cardiaques.—*Journal de Médecine et de Chirurgie.*

—

Le croup.—Parmi les maladies que l'hiver rend plus fréquentes nous devons citer le croup, l'effroi des mères, et qui tant de fois, a plongé les familles dans le deuil. A cette occasion nous ne pouvons oublier d'entretenir nos lecteurs des admirables effets que nous avons obtenus dans le traitement de cette maladie par le *sulfate de cuivre.* Quelques auteurs avant nous ont désigné cette substance comme très-efficace dans ce cas, mais il semble que les praticiens ne se sont pas assez rendu compte du remède puissant qu'ils avaient dans les mains, aujourd'hui encore il se trouve rarement employé. La plupart n'ont vu dans le *sulfate de cuivre* qu'un émétique plus ou moins bon et facile à remplacer par tout autre de l'espèce. Le sulfate de cuivre est un èmétique, c'est vrai; mais ce qui en fait un remède complet contre le croup, c'est qu'il est parasiticide, excellent contre les végétaux inférieurs. Les cultivateurs qui l'emploient en mélange avec leurs semailles, pour empêcher la formation des blés noirs, à la moisson prochaine, sont les premiers qui peuvent prouver cette propriété incontestable de ce sel.

Des expériences nombreuses ont d'ailleurs été faites pour constater cette vertu, et tout le monde est d'accord sur ce point. Or si nous considérons que le croup, avec tous ses étouffements et sa quasi strangulation, n'est que le résultat du développement de fausses membranes végétatives qui obstruent les voies de la respiration, il devient qu'on ne peut trouver un meilleur remède que le sulfate de cuivre pour les expulser par ses vertus vomitives et pour empêcher leur reproduction comme parasiticide.

Nous avons eu l'occasion de faire de nombreuses expériences dans ce sens, et pas une n'a trompé nos espérances. Nous avons même eu dans les mains des enfants abandonnés par leur médecin, qui jugeait inutile de prescrire un médicament quelconque, tant l'heure de la mort paraissait prochaine, eh bien, tous ces moribonds revenaient doucement à la vie par l'emploi d'une potion au sulfate de cuivre. Ces cures miraculeuses nous ont même valu des ennemis mortels de la part de confrères aussi incapables que peu généreux ; mais là n'est pas la question.

Une précauption utile à observer dans l'emploi de cet agent si efficace, est de l'ordonner à dose suffisante, sans craindre l'empoisonnement ; des enfants de deux ans en ont absorbé plus d'un gramme dans les 24 heures, et rien n'a dénoncé chez eux que cela eût produit des effets toxiques. Voici, pour notre part, la potion que nous ordonnons, à prendre une cuillerée à café tou es les 10 minutes jusqu'à vomissement ; une fois ce résultat obtenu une cuillerée toutes les heures, puis toutes les deux heures :

Eau.....	℥ ij
Sulfate de cuivre.....	grs viij

Si l'administration en est facile, il est très-avantageux de faire boire au malade par petite portion une infusion de camomille sauvage à intervalles égaux qui peuvent varier d'une demi-heure à une heure,

Nous osons prédire au praticien qui emploiera ce traitement un succès complet, quelle que soit la gravité du cas, car nous avons pratiquement et théoriquement la preuve du résultat que nous annonçons. Et certes, bien rares sont les cas où le médecin a la bonne chance de pouvoir s'expliquer le pourquoi de l'effet d'un remède.

Notre conclusion est donc que le sulfate de cuivre est le remède le plus rationnel pour guérir le croup.—L. THIBON.—*La Lancette Belge.*

—

Traitement de l'érysipèle.—Le Dr BLEYNIE communique à la Société de la Haute-Vienne d'intéressantes observations pratiques sur ce sujet. " Depuis longtemps, dit-il, j'emploie le sulfate de quinine dans la cure de l'érysipèle.

" La plupart des érysipèles que j'ai observés siégeaient à la face ou au cuir chevelu. Tous étaient fébriles sans traumatisme apparent.

" Dans tous les cas, que le sulfate de quinine ait été administré dès le début ou seulement dans le cours du développement de la maladie, dès les premières vingt-quatre heures, amélioration, ralentissement du pouls, diminution de la rougeur et du gonflement, guérison progressive et rapide, succès constant.

J'ai observé quelquefois, chez des herpétiques, des érysipèles revenant tous les deux ou trois mois, quelquefois tous les mois, et cela pendant des années.

" L'arséniate de soude, à petite dose, 1 milligramme par jour, pendant un an, dix-huit mois au besoin, avec des intermittences du tiers ou de la moitié du temps dans son administration, débarrasse généralement les malades de ces ennuyeuses récidives. "—*Revue de Thérapeutique Médico-Chirurgicale.*

—

Traitement de la coqueluche par les inhalations d'essence de térébenthine.—M. le docteur Baréty (de Nice) rapporte, dans l'*Union médicale*, qu'il y a quatre ans environ il eut à soigner, dans une même famille, trois enfants atteints de coqueluche. Il les traite par les moyens ordinaires, vomitifs, extraits de belladone, sirop de codéine, etc., mais sans résultat bien appréciable, lorsqu'en pleine période spasmodique de la maladie il eut l'occaiion de faire une remarque extrêmement intéressante.

L'un des eufants, celui précisément qui était le plus violemment atteint, fut, par hasard, installé pour y dormir dans une chambre dont les boiseries avaient été récemment peintes et laissaient exhaler une forte odeur d'essence de térébenthine. Or, il arriva que, dès ce moment, les quintes devinrent beaucoup moins intenses et fatigantes, et que la maladie eut une durée bien moindre que chez les autres enfants.

Ce fait l'avait vivement frappé, et il ne doutait guère que cette amélioration rapide en fût imputable à l'essence de térébenthine qui, se dégageant de la nouvelle peinture, imprégnait l'atmosphère de la chambre et était respirée par le jeune malade. Aussi il se proposa d'employer à l'avenir les inhalations d'essence de térébenthine. C'est ce qu'il eut l'occasion de faire plusieurs fois et avec succès.

Voici comment il procède :

Il verse dans deux assiettes creuses de l'essence de térébenthine de manière à les remplir à moitié. Il place une des assiettes sous le lit et l'autre dans un coin de la chambre.

Les enfants ou l'enfant dorment dans cette chambre toute

imprégnée des vapeurs de l'essence de térébenthine, et y passent une partie de la journée.

L'essence est renouvelée toutes les fois qu'il est nécessaire. L'air est entièrement renouvelé dans la chambre une ou deux fois par jour.

Les quintes s'atténuent rapidement, la maladie prend un caractère de grande bénignité et ne dure guère qu'un mois en moyenne.—*Journal de Médecine et de Chirurgie.—Le Praticien.*

—

Applications des vésicatoires dans le cours de la variole.—L'application des vésicatoires dans le cours de la variole pourrait être un sujet d'embarras pour le praticien, si l'on songe d'une part à la susceptibilité extrême de la peau chez les varioleux et d'autre part à ce fait qu'il y a chez eux un certain degré de néphrite que l'action de la cantharidine serait susceptible d'aggraver. Il est cependant important d'être fixé sur ce point, non étudié jusqu'ici, la brancho-pneumonie se montant assez souvent à titre de complication de la variole. Aussi le fait suivant qui semble démontrer l'innocuité de ce moyen thérapeutique présente-t-il un certain intérêt pratique. Nous en devons la relation à l'obligeance de M. Josias, interne du service de M. Rendu: un jeune hommes de dix-huit ans, non vacciné, était entré à l'hôpital le premier jour d'une éruption variolique, très abondante d'abord et qui ne tarda pas à devenir confluente. La prostration était extrême, la température très élevée, et les pustules présentèrent même au niveau des jambes une tendance hémorrhagique. Le quatrième jour de l'éruption, les urines contenaient de l'albumine en quantité notable, albuminurie qui disparut, puis reparut quelques jours après. Enfin, le septième jour, le malade présenta une vive oppression, et l'auscultation permit de reconnaître au niveau du tiers inférieur du poumon droit un souffle tubaire accompagné de râles crepitants et de matité. Cet état ayant persisté, M. Rendu fit appliquer au bout de trois jours un vésicatoire à la base de la poitrine, malgré l'abondance de l'éruption et l'existence d'une certaine quantité d'albumine dans les urines. Il y eut consécutivement une certaine amélioration dans l'état local, mais la toux fréquente, l'expectoration et la présence d'une grande quantité de râles souscrépitants au même niveau déterminèrent bientôt l'application d'un nouveau vésicatoire au bout de quelques jours. Enfin un troisième vésicatoire, nécessité par la persistance d'un certain nombre de symptômes pulmonaires, fut suivi d'une

amélioration complète et le malade ne tarda pas à guérir de sa broncho-pneumonie et de la variole. A ce moment les urines ne contenaient plus de traces d'albumine.

On voit, donc en résumé, qu'il s'agit d'un malade atteint d'une variole grave qui s'est compliquée d'une broncho-pneumonie droite à marche rapide et menaçante et que malgré les raisons qui pourraient faire redouter cette médication, trois vésicatoires ont été successivement appliqués sans qu'ils aient déterminé aucun accident; en effet l'albuminurie qui existait préalablement n'a été nullement modifiée dans sa marche et du côté de la peau, il ne s'est rien produit d'anormal. Il est donc permis de conclure de cette observation, autant du moins qu'on peut le faire d'un seul fait, qu'on ne doit pas craindre d'utiliser les vésicatoires lorsque leur action paraît nécessaire dans des cas semblables.

—

Néphrite consécutive au cancer utérin etc.—On peut mourir de plus d'une façon à la suite du cancer utérin: nous avons eu quelque temps dans notre service une malheureuse femme qui, avant de succomber, vomissait continuellement, à tel point, que ma première pensée fut qu'elle devait être atteinte de péritonite par perforation. Mais la vie se prolongeant, et les vomissements persistant, je dus renoncer à cette opinion et supposer qu'il s'agissait d'une néphrite. L'utérus est, en rapport avec la vessie et avec les uretères qui cheminent le long des côtés du col utérin pour se rendre à la vessie, de telle sorte qu'il n'est pas rare de voir le cancer utérin se communiquer à ces conduits. A un moment donné, il y a rétrécissement des uretères, dilatation de la portion située au-dessus du point rétréci, ainsi que des calices et des bassinets, et néphrite ascendante; c'est par un mécanisme analogue que chez l'homme on voit des néphrites succéder à des rétrécissements de l'urèthre.

Dans ces cas-là les femmes atteintes de cancer utérin succombent aussi souvent par les reins que par le péritoine; c'est ce qui est arrivé à la malade de notre service. Comme elle perdait ses urines involontairement, nous n'avons pas pu y rechercher l'albumine qui sans doute devait y exister en grande quantité. Les reins, en effet, son ttrès-altérés, ils sont blancs et hypertrophiés.

En réalité, on ne meurt pas directement par l'utérus, et le cancer de cet organe ne peut guère, par lui-même, amener une crise fatale, sauf en cas d'hémorrhagie; mais il finit par déterminer des accidents mortels dus à la septicémie, à la périto-

organes, alors on pourra croire à la quatrième cause, savoir : à une hémorrhagie essentielle si c'est un homme, ou peut-être à une déviation des menstrues si c'est une femme.

Voici maintenant la formule du *traitement de l'asthme* suivant la méthode du professeur G. Sée : On administre l'iodure de potassium à la dose de 1 gr. 50 par jour, tantôt seul, tantôt additionné de 5 à 10 centigrammes d'extrait gommeux d'opium. Quand l'oppression est considérable, il faut donner 1 à 2 grammes de chloral le soir pour faciliter le sommeil.

Chez le malade atteint d'anévrysme dont nous avons parlé plue haut, la dose d'iodure de potassium fut portée à 7 grammes par jour et parfaitement tolérée grâce à la morphine.

D'ordinaire, les doses d'iodure de potassium sont augmentées graduellement de 1 gr. 50 à 2 et même 3 grammes par jour, pris au moment du repas afin de ne pas fatiguer l'estomac. M. Sée a remarqué que les symptômes d'iodisme, lorsqu'ils se prodnisent, sont provoqués aussi bien et mieux encore par de petites doses que par de hautes doses du médicament, si bien qu'il lui est arrivé de faire cesser les premiers symptômes d'iodisme en doublant la dose d'iodure de potassium.

Au bout de quelques heures après l'administration de l'iodure de potassium, la dypsnée et l'oppression diminuent ; les grands accès sont généralement arrêtés au bout de 24 à 48 heures ; et, en continuant l'emploi de ce médicament, la maladie est parfois définitivement enrayée. Si l'on donne l'iodure quelquas heures avant l'accès prévu, celui-ci n'a pas lieu ; si l'accès est déjà commencé, l'iodure peut en abréger la durée et l'intensité.

C'est en délayant les mucosités bronchiques dont la sécheresse rend pénibles les accès de dyspnée, qu'agit l'iodure de potassium ; il fait disparaître les râles secs et sibilants du début et, sous l'influence de la prolongation du médicament, l'emphysème récent disparait.

Quelle que soit la variété d'asthme nerveux ou catarrhal, l'effet est le même ; pour maintenir les effets heureux ainsi obtenus, il est nécessaire de prolonger l'usage de l'iodure de potassium pendant des mois et des années.—*La Praticien*

Traitement hygiénique des calculs biliaires, par BOUCHARDAT.—1° S'abstenir de pain, de graines, d'œufs, d'aliments azotés en excès, d'oseille, de tomates, de liqueurs fortes, de poissons, de crustacés, de coquillages, de fromages avancés ; remplacer le pain par des pommes de terre ; manger les

légumes ordinaires, les herbes qui renferment de la potasse, préférable ici à la soude. Faire de la médication alcaline indirecte sous la forme de malates, citrates, tels qu'ils sont contenus dans les fruits; fruits oléagineux en quantité modéré; vin rouge léger, étendu d'eau.

2° Entretenir la liberté du ventre en prenant au réveil depuis une cuillerée à café jusqu'à une cuillerée à bouche de tartrate de potasse et de soude et de sulfate de soude, parties égales, dans un verre de macération de racine de réglisse, de limonade ou d'orangeade fortement sucrée.

3° Exercice modéré.

4° Activer les fonctions de la peau par des lavages, frictions fréquentes et massages avec la main enduite de quelques gouttes d'huile parfumée. Chaque semaine un à trois bains avec:

Carbonate de potasse.....	ʒ iij
Essence de lavande	3 ss
Teinture de benjoin, vanillle..... ...	3 i

suivis de longues frictions et massage.

5° *a.* Dans un but d'expulsion, matin et soir 1 à 3 perles d'essences de térébenthine et 1 à 2 perles d'éther. On peut les prendre aux repas, préférablement entre.

b. Pour empêcher la formation des calculs, pendant dix jours, matin et soir, avant chaque repas, une pilule de 0,1 décigr. de tartrate de potasse et de lithine; pendant dix autres jours, matin et soir, une cuillerée à bouche de:

Sirop des cinq racines apéritives.....	ʒ xij
Acétate de potasse.....	3 v

Pendant dix autres jours, un litre d'eau chaque jour contenant 10 gr, de tartrate de potasse et de soude,

Au printemps, le matin au réveil, pendant un mois, 120 gr. de sucs d'herbes (laitue, chicorée. pissenlit, parties égales), plus 5 gr. d'acétate de potasse.

c. Saison à Pougues, Vals, Vichy. (*Bulletin de thérapeutique.*) —*Lyon Médical.*

—

Congestion du foie dans les affections cardiaques. —Il arrive assez souvent qu'on ne tient pas un compte suffisant de l'état de congestion du foie dans les affections cardiaques, car il y a là dans certains cas une indication théra-

organes, alors on pourra croire à la quatrième cause, savoir : à une hémorrhagie essentielle si c'est un homme, ou peut-être à une déviation des menstrues si c'est une femme.

Voici maintenant la formule du *traitement de l'asthme* suivant la méthode du professeur G. Sée : On administre l'iodure de potassium à la dose de 1 gr. 50 par jour, tantôt seul, tantôt additionné de 5 à 10 centigrammes d'extrait gommeux d'opium. Quand l'oppression est considérable, il faut donner 1 à 2 grammes de chloral le soir pour faciliter le sommeil.

Chez le malade atteint d'anévrysme dont nous avons parlé plue haut, la dose d'iodure de potassium fut portée à 7 grammes par jour et parfaitement tolérée grâce à la morphine.

D'ordinaire, les doses d'iodure de potassium sont augmentées graduellement de 1 gr. 50 à 2 et même 3 grammes par jour, pris au moment du repas afin de ne pas fatiguer l'estomac. M. Sée a remarqué que les symptômes d'iodisme, lorsqu'ils se prodnisent, sont provoqués aussi bien et mieux encore par de petites doses que par de hautes doses du médicament, si bien qu'il lui est arrivé de faire cesser les premiers symptômes d'iodisme en doublant la dose d'iodure de potassium.

Au bout de quelques heures après l'administration de l'iodure de potassium, la dypsnée et l'oppression diminuent ; les grands accès sont généralement arrêtés au bout de 24 à 48 heures ; et, en continuant l'emploi de ce médicament, la maladie est parfois définitivement enrayée. Si l'on donne l'iodure quelquas heures avant l'accès prévu, celui-ci n'a pas lieu ; si l'accès est déjà commencé, l'iodure peut en abréger la durée et l'intensité.

C'est en délayant les mucosités bronchiques dont la sécheresse rend pénibles les accès de dyspnée, qu'agit l'iodure de potassium ; il fait disparaître les râles secs et sibilants du début et, sous l'influence de la prolongation du médicament, l'emphysème récent disparait.

Quelle que soit la variété d'asthme nerveux ou catarrhal, l'effet est le même ; pour maintenir les effets heureux ainsi obtenus, il est nécessaire de prolonger l'usage de l'iodure de potassium pendant des mois et des années.—*La Praticien*

—

Traitement hygiénique des calculs biliaires, par BOUCHARDAT.—1° S'abstenir de pain, de graines, d'œufs, d'aliments azotés en excès, d'oseille, de tomates, de liqueurs fortes, de poissons, de crustacés, de coquillages, de fromages avancés ; remplacer le pain par des pommes de terre ; manger les

légumes ordinaires, les herbes qui renferment de la potasse, préférable ici à la soude. Faire de la médication alcaline indirecte sous la forme de malates, citrates, tels qu'ils sont contenus dans les fruits; fruits oléagineux en quantité modéré; vin rouge léger, étendu d'eau.

2° Entretenir la liberté du ventre en prenant au réveil depuis une cuillerée à café jusqu'à une cuillerée à bouche de tartrate de potasse et de soude et de sulfate de soude, parties égales, dans un verre de macération de racine de réglisse, de limonade ou d'orangeade fortement sucrée.

3° Exercice modéré.

4° Activer les fonctions de la peau par des lavages, frictions fréquentes et massages avec la main enduite de quelques gouttes d'huile parfumée. Chaque semaine un à trois bains avec:

Carbonate de potasse.....	ʒ iij
Essence de lavande	3 ss
Teinture de benjoin, vanillle..... ...	3 i

suivis de longues frictions et massage.

5° *a.* Dans un but d'expulsion, matin et soir 1 à 3 perles d'essences de térébenthine et 1 à 2 perles d'éther. On peut les prendre aux repas, préférablement entre.

b. Pour empêcher la formation des calculs, pendant dix jours, matin et soir, avant chaque repas, une pilule de 0,1 décigr. de tartrate de potasse et de lithine; pendant dix autres jours, matin et soir, une cuillerée à bouche de:

Sirop des cinq racines apéritives.....	ʒ xij
Acétate de potasse.....	3 v

Pendant dix autres jours, un litre d'eau chaque jour contenant 10 gr, de tartrate de potasse et de soude,

Au printemps, le matin au réveil, pendant un mois, 120 gr. de sucs d'herbes (laitue, chicorée. pissenlit, parties égales), plus 5 gr. d'acétate de potasse.

c. Saison à Pougues, Vals, Vichy. (*Bulletin de thérapeutique.*) —*Lyon Médical.*

—

Congestion du foie dans les affections cardiaques. —Il arrive assez souvent qu'on ne tient pas un compte suffisant de l'état de congestion du foie dans les affections cardiaques, car il y a là dans certains cas une indication théra-

organes, alors on pourra croire à la quatrième cause, savoir : à une hémorrhagie essentielle si c'est un homme, ou peut-être à une déviation des menstrues si c'est une femme.

Voici maintenant la formule du *traitement de l'asthme* suivant la méthode du professeur G. Sée : On administre l'iodure de potassium à la dose de 1 gr. 50 par jour, tantôt seul, tantôt additionné de 5 à 10 centigrammes d'extrait gommeux d'opium. Quand l'oppression est considérable, il faut donner 1 à 2 grammes de chloral le soir pour faciliter le sommeil.

Chez le malade atteint d'anévrysme dont nous avons parlé plue haut, la dose d'iodure de potassium fut portée à 7 grammes par jour et parfaitement tolérée grâce à la morphine.

D'ordinaire, les doses d'iodure de potassium sont augmentées graduellement de 1 gr. 50 à 2 et même 3 grammes par jour, pris au moment du repas afin de ne pas fatiguer l'estomac. M. Sée a remarqué que les symptômes d'iodisme, lorsqu'ils se produisent, sont provoqués aussi bien et mieux encore par de petites doses que par de hautes doses du médicament, si bien qu'il lui est arrivé de faire cesser les premiers symptômes d'iodisme en doublant la dose d'iodure de potassium.

Au bout de quelques heures après l'administration de l'iodure de potassium, la dypsnée et l'oppression diminuent ; les grands accès sont généralement arrêtés au bout de 24 à 48 heures ; et, en continuant l'emploi de ce médicament, la maladie est parfois définitivement enrayée. Si l'on donne l'iodure quelquas heures avant l'accès prévu, celui-ci n'a pas lieu ; si l'accès est déjà commencé, l'iodure peut en abréger la durée et l'intensité.

C'est en délayant les mucosités bronchiques dont la sécheresse rend pénibles les accès de dyspnée, qu'agit l'iodure de potassium ; il fait disparaître les râles secs et sibilants du début et, sous l'influence de la prolongation du médicament, l'emphysème récent disparait.

Quelle que soit la variété d'asthme nerveux ou catarrhal, l'effet est le même ; pour maintenir les effets heureux ainsi obtenus, il est nécessaire de prolonger l'usage de l'iodure de potassium pendant des mois et des années.—*La Praticien*

Traitement hygiénique des calculs biliaires, par Bouchardat.—1° S'abstenir de pain, de graines, d'œufs, d'aliments azotés en excès, d'oseille, de tomates, de liqueurs fortes, de poissons, de crustacés, de coquillages, de fromages avancés ; remplacer le pain par des pommes de terre ; manger les

légumes ordinaires, les herbes qui renferment de la potasse, préférable ici à la soude. Faire de la médication alcaline indirecte sous la forme de malates, citrates, tels qu'ils sont contenus dans les fruits; fruits oléagineux en quantité modéré; vin rouge léger, étendu d'eau.

2° Entretenir la liberté du ventre en prenant au réveil depuis une cuillerée à café jusqu'à une cuillerée à bouche de tartrate de potasse et de soude et de sulfate de soude, parties égales, dans un verre de macération de racine de réglisse, de limonade ou d'orangeade fortement sucrée.

3° Exercice modéré.

4° Activer les fonctions de la peau par des lavages, frictions fréquentes et massages avec la main enduite de quelques gouttes d'huile parfumée. Chaque semaine un à trois bains avec:

Carbonate de potasse.....	ʒ iij
Essence de lavande	3 ss
Teinture de benjoin, vanillle.....	3 i

suivis de longues frictions et massage.

5° *a.* Dans un but d'expulsion, matin et soir 1 à 3 perles d'essences de térébenthine et 1 à 2 perles d'éther. On peut les prendre aux repas, préférablement entre.

b. Pour empêcher la formation des calculs, pendant dix jours, matin et soir, avant chaque repas, une pilule de 0,1 décigr. de tartrate de potasse et de lithine; pendant dix autres jours, matin et soir, une cuillerée à bouche de:

Sirop des cinq racines apéritives.....	ʒ xij
Acétate de potasse.....	3 v

Pendant dix autres jours, un litre d'eau chaque jour contenant 10 gr, de tartrate de potasse et de soude,

Au printemps, le matin au réveil, pendant un mois, 120 gr. de sucs d'herbes (laitue, chicorée. pissenlit, parties égales), plus 5 gr. d'acétate de potasse.

c. Saison à Pougues, Vals, Vichy. (*Bulletin de thérapeutique.*) —*Lyon Médical.*

—

Congestion du foie dans les affections cardiaques. —Il arrive assez souvent qu'on ne tient pas un compte suffisant de l'état de congestion du foie dans les affections cardiaques, car il y a là dans certains cas une indication théra-

centigrammes par litre d'eau. La guérison a été obtenu en trois jours.

Chez le troiaième, l'auteur est arrivé au même résultat en trois jours également avec un mélange de 3 grammes de teinture d'iode et de 500 grammes d'eau. Il avait affaire dans cette circonstance à un enfant de trois ans et demi, chez qui la pustule maligne avait déjà deux jours d'existence lorsque la médication a été commencée.

Le quatrième malade du docteur Chipault était le plus gravement atteint. Il a fallu dans ce cas recourir à une dose d'iode beaucoup plus forte que celle qui suffit habituellement. La solution, au titre de 1 sur 1,000, qui a été d'abord employée chez lui, est restée tout d'abord sans efficacité ; et, en présence des progrès menaçants de l'œdème charbonneux, l'auteur s'est vu obligé de recourir à une solution de 25 centigrammes d'iode pour 62 grammes d'eau. Il a été récompensé de sa persévérance dans la médication iodée en voyant, sous l'influence de cette dernière solution, au titre 1 sur 250, survenir une rapide amélioration qui a permis de suspendre, au bout de trois jours, les injections et de déclarer le malade hors de danger.

On voit par le court résumé que nous donnons de ces quatre observations que l'auteur est bien réellement en droit de déclarer, comme il le fait que la médication iodée mérite d'être substituée à la cautérisation de la pustule maligne. Pour ne donner prise à aucune objection et donner au lecteur un moyen facile de contrôler la sincérité de son diagnostic, l'auteur a eu soin d'inoculer chaque fois à des cobayes la sérosité retirée des vésicules développées sur la région malade ; et il a fait suivre chacune de ces observations de l'énoncé des résultats obtenus à la suite de ces inoculations.

La troisième partie du mémoire du docteur Chipault est consacrée à l'exposition des règles à suivre dans l'application de la méthode de traitement conseillée par l'auteur.

La partie essentielle de la médication consiste dans la pratique d'injections hypodermiques faites avec une solution d'iode dont le titre varie suivant la gravité de la maladie. La solution la moins forte qu'emploie le savant chirurgien d'Orléans est celle de 25 centigrammes d'iode par litre ; dans les cas de moyenne gravité, il élève la dose à 50 centigrammes par 1,000 grammes d'eau ; et chez les malades dont la vie semble le plus menacée, il va jusqu'à 1 gramme d'iode par litre. Dans certains cas exceptionnels, il dépasse cette limite ; nous l'avons vu dans la quatrième observation recourir à une solution au 1/250, et il ne craint pas de conseiller même des solutions an 1/100 et au 1/50. L'expérience lui a montré que l'on peut faire de pareilles injections sans produire aucune lésion dans le tissu cellulaire.

L'iode métallique étant difficilement soluble dans l'eau, il faut, pour empêcher qu'il ne se précipite, avoir le soin d'ajouter à la solution une quantité d'iodure de potassium double de celle de l'iode employé.

Les injections sont pratiquées matin et soir au nombre de quatre à dix sur tout le pourtour du foyer d'infection, et de manière à le circonscrire. La durée qu'on est obligé de donner au traitement par les injections est ordinairement de deux à trois jours.

On peut remplacer l'iode métallique par la teinture d'iode à 3, 6, 9 ou 12 grammes pour 1,000 grammes d'eau, en ayant soin d'ajouter au mélange une quantité d'iodure de potassium suffisante pour empêcher la précipitation de l'iode. Dans les cas très-graves, on porte la proportion de la teinture d'iode à 3, 15 et même 30 grammes pour 100 grammes d'eau.

Aux injections hypodermiques, il faut ajouter l'administration de l'iode à l'intérieur. L'auteur emploie pour cette médication une solution analogue à celle qui lui sert pour les injections, c'est-à-dire une solution de 25 centigrammes à 1 gramme d'iode pour 1,000 grammes d'eau. Il en fait prendre un litre par jour à peu près, en donnant trois, quatre ou cinq grandes cuillerées toutes les deux heures. Lorsque l'estomac ne peut supporter l'absorption d'un pareil médicament, il a recours à des lavements iodés au millième ou au quinze-centième.

La médication iodée, pratiquée suivant les principes que nous venons de résumer, ne constitue pas par elle seule tout le traitement des affections charbonneuses ; le docteur Chipault est le premier à en convenir. Elle attaque l'élément principal de la maladie en détruisant les bactéridies, elle remplit la première indication à laquelle le thérapeutiste ait à obéir en pareille circonstance, celle de combattre, de neutraliser la violence du charbon. Mais une fois cette première indication remplie, il en reste encore trois autres que l'auteur a soin de mettre en relief. Il faut seconder la médication iodée en mettant l'économie à même de réagir contre les effets de la virulence lorsque ceux-ci ont commencé à se généraliser. Il y a, comme il le fait remarquer, par suite de cette généralisation, un état de dépression bien marquée de l'organisme. Il faut combattre cette dépression par les stimulants, et celui des stimulants que l'auteur préfère à tous les autres, c'est l'acétate d'ammoniaque qu'il recommande de donner à doses élevées, suivant en cela la pratique de Guipon (de Laon).

Une autre indication du traitement des affections charbonneuses, c'est d'aider la médication interne par un pansement local antiseptique. Pour ce pansement, le docteur Chipault

conseille indifféremment d'avoir recours, soit à la teinture d'iode, soit à l'acide salicylique ou à tout autre antiseptique.

Enfin, comme dernière indication, on doit, une fois la virulente enrayée et le malade entré en convalescence, réparer par un traitement tonique les forces d'une constitution qui a toujours été fortement ébranlée par l'infection charbonneuse.—H. DEBAUGE.—*Lyon Médical.*

Etude clinique sur les indicatipns de l'uréthrotomie externe.—L'excellente monographie que le Dr Monod vient d'écrire sur la question si controversée des indications de l'uréthrotomie externe, est bien faite pour jeter une vive lumière sur l'état actuel de nos connaissances en la matière.

L'auteur, s'inspirant des conseils éclairés de ses maîtres, et appuyé sur la pratique de M. Guyon, a voulu aborder son sujet par toutes ses faces, Il a considéré d'abord l'absolue nécessité de l'uréthrotomie externe *d'emblée* dans certains traumatismes graves de l'urèthre, puis il a étudié successivement l'uréthrotomie externe *secondaire* qu'il dénomme de ce nom, parce qu'au moment où le blessé se présente au chirurgien, des complications redoutables sont déjà un fait accompli, et l'uréthrotomie externe *retardée* ainsi appelée du fait d'un retard voulu par l'opérateur: et avec raison, l'auteur conclut que cette opération, dans ces occurrences, est sans gravité et vient parfaitement parer aux accidents, soit immédiats, soit consécutifs, en évacuant l'urine, en assurant libre passage aux liquides épanchés, et en restaurant le canal dilacéré.

Poursuivant les indications de cette opération, M. Monod veut, dans un deuxième chapitre, démontrer la pratique de la section périnéale dans les rétrécissements infranchissables, entendons cliniquement infranchissables, car Syms prétend que là où l'urine passe, peut, à force de soins et de persévérance, passer un instrument; une chose toutefois est évidente, c'est qu'il existe des coarctations de l'urèthre, véritables barrières infranchissables à l'habileté la plus grande et à la persévérance la plus soutenue; seule, l'uréthrotomie externe, sans conducteur, peut juger les cas d'une telle nature. Il est permis ici de ne pas complètement partager l'opinion de l'auteur sur la pratique de l'uréthrotomie externe, alors qu'il existe des lésions rénales confirmées. Bien que l'opération puisse, nous n'en doutons nullement, prolonger la vie du malade, nous lui préférions, dans ces cas désespérés, la ponction hypogastrique de la vessie.

Il est une classe de strictures uréthrales, qui échappent à la dilatation progressive, car notons que l'auteur appliquera toujours la dilatation progressive comme opération *de choix* quand celle-ci est possiple ; ce sont d'abord les rétrécissements, cliniquement infranceissables, et puis les coarctations compliquées de fistules ; dans ces derniers car, le chirurgien choisira tantôt l'uréthrotomie interne, qui parfois peut suffire, tantôt l'uréthrotomie externe, quand les fistules sont anciennes et les tissus périnéaux profondément indurés : quoi qu'il en soit, cette indication spéciale de l'urethrotomie externe externe, qui sera faite ici sans condncteur, n'est pas encore entrée dans la pratique courante en France et en Belgique, tandis qu'en Angleterre et en Allemagne, elle est généralement admise.

M. le docteur Monod a voulu consacrer un chapitre special à l'étude fort intéressante de l'uréthrotomie externe considérée comme méthode rivale de l'uréthrotomie interne. Il écarte d'abord toute la série des cas où la section périnéale s'impose absolument, pour se demander si les indications de l'uréthrotomie périnéale s'étendent à la classe des strictures, qui sans rentrer dans les catégories précédentes, résistent cependant à à la simple dilatation, et il conclut formellement en faveur de l'uréthrotomie interne. Pour lui, la lame de Maisonneuve, guidée selon certaines règles fixes et précises, ne détermine qu'une lésion uréthrale sans gravité et une cicatrice peu rétractile et facilement extensible.

Sans même adopter entièrement les opinions émises par M. le docteur Monod, le lecteur ne peut qu'applaudir à l'extrême impartialité qui préside à tous ses jugements, et ne peut que retirer profit et instructions de l'étude d'un ouvrage auquel l'auteur à consacré tout son talent d'écrivain et toute l'érudition de ses recherches.—Dr Léopold Dejace.—*Le Scalpel.*

—

Inutilité et danger du traitement pharmaceutique et topique dans l'épithélioma de la langue.—M. Verneuil. Le traitement médical de l'épithélioma, encore beaucoup trop usité, consiste dans l'emploi de l'iodure de potassium et du mercure, on y ajoute souvent des cautérisations. Pourquoi cette pratique si mauvaise est-elle encore répandue ?

C'est une erreur de croire à l'efficacité de l'iodure de patassium dans les néoplasmes vrais. Il y a des néoplasmes qui simulent l'épithélioma, mais à la langue le diagnostic n'est pas difficile. Les praticiens ont quelquefois peur d'effrayer les malades et n'osent pas leur parler d'opération.

L'épithélioma de la langue est une variété grave ; d'ailleurs en général les épithéliomas des muqueuses sont presque aussi graves que le cancer. J'ai opéré quatre malades guéris, l'opération est donc efficace dans certaines conditions, quand le mal est peu avancé.

L'opération est surtout efficace à la période que les praticiens laissent passer en essayant la thérapeutique que je condamne. Elle est très bénigne quand l'épithélioma est peu étendu et quand elle est faite par les voies naturelles. Je n'ai perdu qu'un malade opéré d'une tumeur de la langue d'une étendue modérée, et cela sur un très grand nombre d'opérations.

Avec l'écraseur linéaire, le thermo-cautère et la ligature élastique, l'opération est très facile.

L'épithélioma ne rétrograde jamais, ne s'arrête jamais ; l'expectation est donc toujours mauvaise : de plus les essais de traitement intempestif exagèrent singulièrement la marche du mal. Les malades atteints d'épithélioma sont presque toujours des arthritiques chez lesquels l'iodure de potassium est presque toujours très mal supporté.

Quant au chlorate de potasse dont on a eu la prétention de vanter l'efficacité, il n'a jamais eu d'action sur l'épithélioma et ce qu'il a guéri, ce sont des ulcérations d'adénome sudoripare.

Conclusions.—1° Les médicaments internes et les applications topiques n'ont jamais guéri l'épithélioma ;

2° L'iodure de potassium et le mercure non seulement sont impuissants, mais encore nuisibles, il en est de même des cautérisations dites modificatrices ;

3° L'opération doit être faite de bonne heure et dans ce cas elle est efficace, sans gravité et généralement très facile ;

4° Le diagnostic de l'épithélioma ne présente aujourd'hui, dans l'immense majorité des cas, aucune difficulté ; les faits embarrassants sont rares.—*Revue de Thérapeutique méd.-chir.*

—

Procédé pour la réduction du paraphimosis.—Voici en quels termes Lemaistre rend compte de ce procédé qui appartient à Bardinet. J'étais, dit-il, près d'un jeune homme atteint d'un paraphimosis que je ne pouvais réduire par le procédé ordinaire. Croyant qu'ils fallait arriver à l'incision, je demandai Bardinet. Il procéda d'abord comme moi, mais en vain. Toutes les tentatives devenant inutiles, il demanda une épingle à cheveux, en rapprocha un peu plus les deux extrémités, puis enfonça la convexité de l'épingle derrière la couronne du gland, sous l'étranglement, de manière à éloigner le

prépuce, puis une seconde à une certaine distance et enfin une troisième an peu plus loin. Puis, ramenant le prépuce en avant, il fit la réduction avec la plus grande facilité, la peau glissant sur trois ponts, sans être arrêtée par un enfoncement —*J. de la Soc. de Méd. de la Hte-Vienne* et *Par. méd.—Le Praticien.*

—

La chirurgie dentaire conservatrice.—Le Dr Quinet (de Bruxelles) voudrait voir, en chirurgie dentaire, se généraliser certainis principes, qu'il expose à la suite d'un mémoire, dans les quatre conclusions qui suivent :

1s Les indications de l'*extraction définitive*, dans les affections dentaires, en général, doivent être aujourd'hui l'exception comme elles étaient autrefois la règle ;

2o L'*extraction* n'est *jamais* indiquée dans la *carie*, ni dans le courant de la *périostite subaiguë ou aiguë*, à moins que de graves accidents de voisinage à évolution rapide ne menacent de défigurer le malade, ou de compromettre son existeuce ;

3o Elle n'est pas indiquée dans la plupart des formes de la *périostite chronique ;*

4o Enfin, quelleque soit sa forme, sa cause, son siège, la périostite alvéolo-dentaire est curable par l'emploi des moyens tionnels appropriés suivant les cas.—*Revue de Therap. Méd.-Chir.*

—

Greffe dentaire.—M. le Dr T. David communique cinq observations personnelles de transplantation des dents, toutes suivies de succès. La dent plantée dans une autre alvéole s'y consolide par un processus vital, celui de la greffe, analogue à la réunion immédiate. Cette greffe d'emprunt permet de substituer à une dent altérée une dent saine, prise sur le sujet lui-même (transposition) ou sur un autre individu de la même espèce (transplantation). Il convient surtout de choisir pour greffe des dents saines, dont l'extraction est devenue nécessaire, dans les cas notamment où elle est motivée par la régularisation des arcades dentaires.—(*Nouv. Journ. Méd.*)—*Le Scalpel.*

NOTES DE THÉRAPEUTIQUE.

Iodoforme chez les phthisiques.—A côtés de ses nombreux usages externes l'iodoforme a un certain nombre d'applications internes au rang desquelles il faut placer son emploi chez les phthisiques ; chez ceux de ces malades qui sont particulièrement irritables chez ceux qui souffrent ou dont la toux est pénible et spasmodique, M. Rendu ordonne fréquemment l'iodoforme par pilules de deux centigrammes dont on peut donner quatre ou cinq dans la journée. On diminue surtout ainsi les phénomènes d'irritation si pénibles chez ces malades pour lesquels on ne saurait avoir trop de moyens de varier la médication employée.—*Journal de Médecine et de Chirurgie.*

Traitement de la fièvre typhoide à forme cérébrale chez les enfants.—(J. Limon).

Tous les jours un lavement :

Eau de guimauve.....	℥ vj
Jaune d'œuf.....	1
Hydrate de chloral..... }	ãã grs. xv
Camphre ..... }	

M.

Traitement de la vaginite aigue.—Dans les vaginites aiguës, dans celles surtout qui se manifestent par une rougeur intense de la muqueuse avec douleur assez vive, à tous les moyens astringents ou mêmes caustiques employés le plus ordinairement M. Rendu préfère les badigeonnages faits avec du laudanum pur. Ces badigeonnades sont répétés ainsi plusieurs fois et après chacun d'eux on introduit dans le vagin pendant que le spéculum est encore en place de la poudre d'amidon en grande quantité. On arrive ainsi à modifier très rapidement l'inflammation vaginale.—*Journal de Médecine et de Chirurgie.*

Le tænia à l'hôpital de Saint-Mandrier, par BÉRENGER-FÉRAUD.—L'auteur se déclare partisan de la pelletiérine de Tanret. C'est le plus puissant tænifuge que nous possédions, dit-il. (*Idem.*)—*Lyon Médical.*

Traitement de la gale.—M. Fournier donne, dans ses leçons sur le traitement de la gale, la formule d'une pommade que l'on peut prescrire en ville pour remplacer la pommade d'Helmerich, souvent trop irritante :

Glycérine	℥ vj
Gomme adragante	gr. xv
Fleur de souffre	℥ iij
Carbonate de soude	℥ jss

On peut aussi remplacer les frictions au savon noir par des savons de toilette ordinaires, à la condition que les frictions soient suffisamment prolongées.

—

Injection hypodermique de pilocarpine dans les accès d'asthme.—Le docteur Mackensie vient d'essayer la pilocarpine en injections sous cutanées à la dose quotidienne de 0 gr. 02 cent. Le résultat, qu'il communique au *British medical journal*, a été des plus favorables. Les accès qui s'étaient succédé presque tous les jours pendant plusieurs mois cédaient déjà au bout d'une semaine de traitement.—*Lyon Médical.*

—

Traitement de l'ictère par retention. (Cook)—Administrer tous les deux jours de 1 gr. 50 à 3 grammes d'ipécacuanha : c'est un remède héroïque, qui a une action topique sur le duodénum et sur les tractus muqueux des conduits biliaires.—*Revue de Thérapeutique médico-chirurgicale.*

—

Thérapeutique des maladies du cœur. (Gubler) Dans les affections mitrales, l'opium est généralement contre-indiqué ; il est utile au contraire dans les lésions aortiques. On l'emploie soit sous forme d'injections hypodermiques de sels de morphine, soit sous forme de teinture thébaïque (5 gouttes à la fois, trois fois par jour). Le bromure de potassium, qui n'a pas d'action sur le myocarde, mais sur les vaisseaux, est très utile dans l'angine de poitrine, les palpitations nerveuses, etc...

En un mot, opium, si lésion aortique ; bromure, si névrose ; digitale, dans les autres cas.—*Revue de Thér. méd.-chir.*

L'UNION MEDICALE DU CANADA

MONTREAL, FEVRIER 1881.

Comité de Rédaction :

MESSIEURS LES DOCTEURS E. P. LACHAPELLE, A. LAMARCHE ET S. LACHAPELLE.

Statistique.

L'Hygiène publique, comme la médecine elle-même, n'a pas de plus solide fondement que la statistique. C'est grâce à la statistique que toutes les grandes questions vitales peuvent être élaborées, et le pays qui n'en a pas une sérieuse et fidèle à sa disposition, ne fait que tâtonner dans les mesures sanitaires qu'il soulève et discute; la vitalité alors n'est qu'un bienfait de la fortune et non le résultat heureux et satisfaisant d'une œuvre raisonnée.

Nous devons donc saluer avec plaisir la nouvelle de l'établissement prochain d'un département central de statistique pour toute la confédération. Un homme compétent est allé chez nos voisins étudier le système de statistique qu'ils emploient afin qu'il serve de modèle à celui qui sera mis en pratique parmi nous. L'intervention du gouvernement était nécessaire pour mettre à exécution un si grand projet, et l'indifférence désespérante de nos municipalités ne nous aurait jamais conduit bien loin sous ce rapport.

Quel sera le plan adopté, nous l'ignorons; mais nous espérons que toute la sagesse et le travail lui seront donnés, pour ne pas faire de cette grande tentative un ridicule avortement.

La statistique est immense, disons-nous, dans ses opérations et il est peu de questions d'économie politique et sociales auxquelles elle ne soit pas intimement liée; c'est elle qui peut résoudre les problêmes, les plus élevés, les grandes questions de population (naissance, mariage, décès), de subsistances (rapport du confort de la population, de sa santé, avec la prospérité publique), de climatologie (topographie, météorologie et géogrphie) de pathogénie et d'étiologie des maladies épidémiques; du régime de vie de tous les grands établissements, des différents systèmes de prison, etc.....

Toutes ces questions touchent à la vie des sociétés; et quand elles sont sous un contrôle scientifique les sociétés en font leur profit. Contrôle scientifique, voilà le caractère qu'il faudra donner à ces études si importantes! Que le médecin de chaque paroisse fasse un rapport à un médecin de chaque comté, ou qu'un médecin de comté fasse seul le travail sérieusement, qu'il observe et commente, que la compétence, pour exprimer mieux notre pensée, soit mise à cette œuvre, et qu'on n'aille pas répéter la comédie de nos villes, ou la santé publique est confiée au fanatisme national et au favoritisme bien plus qu'au savoir intelligent.

Les ramifications du département de la statistique devront étendre partout comme des artères de vie aussi indispensable aux extrémités du corps qu'à son sentre.

L'initiative du gouvernement est une garantie de succès, il faut des lois sanitaires aussi efficaces que les lois nécessitées par nos tribunaux civils. Le grand mouvement hygiénique qui se fait partout devait faire sentir son contre coup jusqu'ici et notre constitution politique basée sur celle de l'Angleterre ne pouvait l'empêcher de lui emprunter aussi sa constitution sanitaire. Les paroles du nestor de l'hygiène à Londres, le Dr Wilson, s'appliquent au Canada comme à l'Angleterre :

" Lorsque l'homme aura été forcé de reconnaître que c'est par ses propres mains, grâce à l'oubli de quelques règles évidentes que les germes des maladies sont semées avec la plus grande prodigalité dans son corps; lorsqu'il aura demandé à la science médicale de s'occuper de prévenir les maladies plutôt que de les guérir; lorsque les gouvernements auront été amenés à considérer la conservation de la santé d'une nation, comme un objet aussi important que le développement de son commerce ou le maintient de ses conquêtes; nous pourrons alors espérer de voir approcher cette époque ou après des jours passés presque sans maladies, une existence tranquille se terminera par une paisible *cuthanasie*."

Nous reviendrons sur cette question importante.

Société Médicale de Montréal.

Séance du 3 décembre 1880.

M. le Dr E. P. Lachapelle, président, au fauteuil.

Après la lecture et l'adoption du procès-verbal de la dernière séance, le Dr A. Dagenais donne lecture d'un travail sur la

craniotomie. (Ce travail a été publié dans le numéro de janvier dernier.)

Vû l'heure avancée de la soirée, la discussion sur cette question si importante est remise à une séance subséquente. Et la séance est levée.

Séance du 17 décembre.

Le Dr E. P. Lachapelle, président, au fauteuil.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

Le Dr C. M. Filiatrault donne lecture d'un travail intitulé : "Considérations générales sur l'étude des maladies de la peau et sur la classification de ces maladies."

M. le président remercie M. le Dr Filiatrault pour l'utile travail qu'il vient de soumettre à la Société.

Une vive discussion s'engage ensuite au sujet de l'opération de la craniotomie. Prennent part à cette discussion M le président et MM. les Drs Dagenais, Mount, Brosseau, Lamarche, Berthelot et Cléroux.

Le secrétaire lit une lettre du Dr L. A. E. Desjardins, par laquelle celui-ci donne sa démission comme premier vice-président de la Société Médicale de Montréal. Cette démission est acceptée.

Le Dr J. A. Laramée est alors élu, à l'unanimité, premier vice-président de la Société Médicale en remplacement du Dr Desjardins.

Le sécrétaire donne lecture d'une lettre du Dr E. C. Séguin, de New-York, accusant réception de la somme de cent francs, votée par la Société, comme contribution à l'érection d'un monument à la mémoire du professeur Claude Bernard.

Il est ensuite proposé par le Dr J. W. Mount, sécondé par le Dr J. E. Berthelot que la Société Médicale a lieu de regretter que le changement de local auquel elle s'est décidée au commencement de cette année n'ait pas eu le résultat qu'on en attendait, et qu'eu égard à la commodité plus grande offerte à la plupart des membres les plus assidus par le local occupé précédemment, il soit résolu que la Société tienne désormais ses séances à ce dernier endroit, No 134, rue Notre-Dame.

Adopté unanimement.

Le Dr A. T. Brosseau propose alors, secondé par le Dr Dagenais, que des remercîments soient votés au Rév. Messire Sentenne pour l'obligeance qu'il a eue de mettre à la disposition de la Société une des salles de l'école St-Jacques.

Adopté.

L'avis de motion donné par le Dr S. Lachapelle, à la séance du 12 novembre est rayé de l'ordre du jour.

Le Dr A. T. Brosseau s'engage à donner une lecture à la prochaine réunion. Et la séance est levée.

Séance du 21 janvier 1881.

Présidence du Dr E. P. Lachapelle.

Après la lecture et l'adoption du procés-verbal de la dernière séance, M. le Dr A. T. Brosseau communique à la Société un travail sur les hernies ombilicales. Il s'en suit une discussion à laquelle prennent part M. le Président et MM. les Drs Lamarche, Berthelot, Carrière et Desrosiers.

M. le Dr N. Fafard s'engage à donner une lecture à la prochaine réunion qui doit avoir lieu vendredi, le 11 février. Et la séance est levée.

Brochures reçues.

Transactions of the twenty-seventh annual meetlng of the Medical Society of the State of North Carolina held at Wilmington, N. C., 11th may 1880.

The Surgical treatment of intestinal obstruction, by W. T. Briggs, M.D.

Mémoire contre la vaccination obligatoire, par Hubert Boïns.

Handbook of Systematic Urinary Analysis Chemical and Microcopical for the use of physicians, Medical Students and Clinical Assistants, by Frank M. Deems, M. D., Loboratory instructor in the medical department of the university of New-York, etc.

NOUVELLES MÉDICALES.

Le *Progrès Médical*, de Paris, nous annonce que M. Azarie Brodeur vient d'être nommé interne à l'hôpital Sainte-Perrine (maladies chroniques), service de M. le Dr Gouraud.

Nécrologie.

Le Dr Beaubien.—La profession médicale de Montréal vient de perdre son doyen et aussi l'un de ses membres les plus distingués. Le Dr Pierre Beaubien est décédé à la résidence de son fils, l'honorable Louis Beaubien, dimanche, le 9 Janvier dernier.

Le Dr Beaubien naquit à Saint-Antoine de la Baie du Febvre, le 13 août 1796.

Il termina ses études classiques à Paris où il prit le degré de "bachelier ès-lettres," le 27 mai 1819; il y étudia la médecine et obtint le dégré de "docteur en médecine," le 16 août 1822. Il voyaga ensuite en allemagne, en Suisse et en Italie, puis revint au Canada et se fixa à Montréal.

Il épousa le 11 mai 1829, à Québec, dame Marie Justine Casgrain, fille de Pierre Casgrain, seigneur de la Rivière Ouelle, et veuve du Dr A. Maguire. Mgr Turgeon, évêque de Québec, donna la bénédiction nuptiale.

Le Dr Beaubien se fit promptement à Montréal, une position honorable au milieu de ses confrères. Il fut un des premiers professeurs de l'école de médecine et de chirurgie. Il y professait encore, il y a quelques années, et s'était retiré avec le titre de professeur honoraire et de doyen de la faculté.

Il représenta, dans l'Assemblée Législative du Canada-Uni, la ville de Montréal de 1841 à 1844, il représenta aussi le comté de Chambly.

Il fut nommé médecin des prisons de Montréal par Sir Georges E. Cartier, alors solliciteur-général pour le Bas-Canada en 1859, et conserva cette charge jusqu'à sa mort.

Il laisse trois enfants: L'hon. L. Beaubién, député d'Hochelaga à la Chambre locale; le Révd Messire Charles Beaubien, curé de la Côte Saint-Paul; et la sœur Marie de la Présentation, des Dames de la Congrégation Notre-Dame.

DECÈS.

—A Indian Orchard, Etats-Unis, le 30 décembre 1880, le Dr Charles Désautels.

TRAVAUX ORIGINAUX.

Etude sur les fermentations.

(Lu devant la Société Médicale de Montréal, par le Dr. N. Fafard, Professeur à l'Université-Laval, Montréal.)

Il y a à peine vingt ans, la pathologie était loin de présenter ce cachet de certitude qu'elle nous offre aujourd'hui. La plupart du temps, ne connaissant pas la cause des maladies ou ne la connaissant que d'une manière imparfaite, les médecins se trouvaient réduits à une médication plus ou moins incertaine et empirique. On n'étudiait les affections morbides que par leurs symptômes : de là le choix des médicaments ne pouvait se faire que d'après les données de l'expérience. Impossible de se rendre compte du " modus operandi " de la médication instituée. Tel remède a été bon dans telle maladie, il doit l'être encore dans cette même maladie : voilà le raisonnement que l'on se faésait ; le succès donnait la vogue au médicament et on...l'employait.

En tout temps néanmoins, les esprits chercheurs et sérieux ont voulu se rendre compte des maladies et de leurs causes. Il serait long et fastidieux de faire l'historique de toutes les théories, qui ont vu le jour et qui sont tombées en désuétude, depuis les temps les plus reculés de la médicine. Je ne citerai que celle de Broussais : " inflammation comme cause et fièvre comme effet, " telle était sa théorie sur la plupart des affection morbides. Il a eu beaucoup de prosélites. Aussi, dans cette école, les antiphlogistiques étaient-ils très usités. D'autres médecins, repoussant cette idée et ne reconnaissant pas de causes exactes à un bon nombre de fièvres, les ont appelées fièvres idiopathiques. Ici le traitement le plus rationel consiste à instituer une médication expectante et à fortifier le malade, pour l'aider à supporter une maladie que l'on ne comprend pas, qu'on ne peut empêcher ni détourner.

Depuis à peu près vingt ans, l'histologie, aidée de la chimie, a jeté un jour nouveau sur la pathologie et sur l'art de traiter

les malades. Je dirai même que ces sciences ont révolutionné la médicine. Aujourd'hui, grâce à l'histologie pathologique et à l'histo-chimie, on suit la maladie sur le terrain où elle opère, c'est-à-dire sur la cellule même. L'histologie physiologique nous a fait connaître les cellules à l'étude de santé, à son tour l'histologie pathologique nous apprend ce que devient la cellule sous l'effet de la cause morbide. L'histo-chimie nous montre même les transformations qu'elle subit sous l'influence de telle ou telle maladie.

Parmi les causes des maladies, plusieurs sont restées longtemps ignorées. Il nous est donné de voir, de nos jours, la lumière remplacer les ténèbres et le doute faire place à la certitude sur plusieurs points obscurs de la pathologie. Les études approfondies sur les fermentations et les célèbres expériences, qui ont été faites à ce sujet, notamment par Pasteur, Berthelot, Davaine et autres, nous ont procuré cet avantage.

Je viens, ce soir, messieurs, vous offrir une courte analyse d'études sur les fermentations, dues au Dr Armand Gauthier, professeur agrégé à la faculté de médecine de Paris, et examiner avec vous les résultats pratiques de ces expériences.

Definition.—"On dit qu'il y a fermentation, toutes les fois qu'un ou plusieurs corps organiques ou organisés subissent des changements de composition ou de propriétés, sous l'influence d'une substance organique azotée appelée ferment, qui agit sous faible masse et ne cède sensiblement rien à la matière fermentée (A. Gauthier)."

Or, messieurs, les changements qui s'opèrent dans les corps organiques ou organisés, sous l'influence d'un ferment, sont nombreux et de divers ordres. Il y a: 1o. Les fermentations proprement dites, lorsqu'il s'agit simplement de la matière organique: telles sont les transformations de l'amidon en sucre, sous l'influence de la diastase, du sucre en alcool et acide carbonique, de l'alcool en vinaigre, etc., sous l'influence des substances azotées. 2o. Tous les actes physiologiques de la nutrition ou de l'assimilation se font par des transformations de la matière organique et quelques fois vivante, ayant pour cause des ferments spéciaux, tels que la ptyaline, la pepsine, la pancréatine, etc. Ces ferments ont la propriété de transformer les matières alimentaires et de les rendre diffusibles et assimilables. Le sang, ce liquide si complexe, n'est pas sans contenir lui aussi un bon nombre de ferments spéciaux, lesquels président sans doute aux différents phénomènes qui se produisent dans notre organisme, phénomènes mystérieux dont on parviendra peut-être à se rendre compte plus tard. 3o. Aujourd'hui, on explique par les fermentations, les infections mias-

matiques, virulents, contagieuses, et certaines maladies de la peau, dont les causes sont restées inconnues jusqu'à ces dernières années.

Historique.—Mon intention n'est pas de vous faire l'historique des différentes opinions qui ont été émises sur les fermentations. Qu'il me suffise de vous citer le pharmacien Astier qui, déjà en 1813, affirme: "Que l'air est le véhicule de toutes espèces de germes, origines du ferment, que ce ferment d'origine animale est en vie et se nourrit aux dépens du sucre, d'où résulte la rupture d'équilibre entre les éléments du sucre.

"En 1850 deux grandes théories se trouvaient en regard: la théorie vitaliste française et la théorie allemande ou de contact. Dans la première on reconnaissait comme causes de plusieurs fermentations des germes vivants végétaux ou animaux. Dans la seconde, d'après Gerhardt "le ferment est tout corps qui est dans un état de décomposition et qui, par son contact avec un autre, y provoque des métamorphoses chimiques. Un même ferment, en passant par plusieurs degrés de décomposition, peut réagir différemment suivant l'état d'altération ou il se trouve."

La théorie vitaliste française est la seule admise aujourd'nui par les personnes de bonne foi.

Berthelot, Pasteur, Davaine sont ceux qui, par leurs mémorables travaux ont plus fait pour cette partie de la chimie organique.

"Pasteur prétend que chaque fermentation à son ferment spécifique; que dans toutes les fermentations, dans lesquelles il a reconnu un ferment vivant, ce ferment est nécessaire; que ce petit être produit la transformation, en respirant l'oxigène du corps fermentescible, ou en s'appropriant un instant ce corps tout entier, puis le dédoublant, de façon à sécréter, pour ainsi dire, les produits fermentés. Trois choses d'après lui sont nécessaires au développement du ferment: de l'azote à l'état solubre, de l'acide phosphorique et une matière fermentescible hydrocarbonée. Il prétend que tout ferment vivant, de fermentation ou de putréfaction, est apporté par l'air."

Composition du ferment.—Le ferment parait être mélangé d'un certain nombre d'espèces chimiques: albunime, fibrine, eau, matières grasses, matières minérales, composés phosphorés.

Aujourd'hui on divise les ferments en deux grandes classes: les ferments figurés ou vivants et les ferments solubles ou non figurés. Les ferments figurés appartiennent tantôt au règne végétal tantôt au règne animal. Ils absorbent beaucoup d'azote et de phosphore, vivent en dégageant de la chaleur, se dévelop-

pent, se reproduisent, et sont détruits par un grand nombre de poisons organiques et inorganiques, tout comme les autres êtres vivants.

Les ferments non figurés ou solubles sont répandus soit dans les parties aqueuses des ferments figurés eux-mêmes, soit dans les liquides des organismes plus complexes, comme la salive, le suc gastrique, le suc pancréatique, soit enfin dans les diverses régions des plantes. Ces ferments sont sur l'extrême limite de l'organisation. Ils ne sont pas détruits par les poisons. Par la fermentation ils s'épuisent. On peut remplacer ces fermentations par des actions chimiques, exemple : La ptyaline, ferment non figuré de la salive, transforme l'amidon en glucose, de même avec l'acide sulfurique on produit sur l'amidon le même phénomène.

Rôle du ferment.—Comment s'expliquer le rôle du ferment non figuré sur le liquide fermentescible ? On est bien obligé d'invoquer la théorie allemande ou de contact et dire que la fermentation est dûe à la transmission au corps fermentescible, d'une certaine quantité de mouvement initial ou continu, dont l'origine ou la cause se trouve dans la transformation même du ferment.

L'action du ferment figuré est plus mystérieuse et c'est celle qu'il nous importe le plus d'étudier. Pasteur prétend, qu'à chaque fermentation à ferment figuré, correspond un ferment spécifique, vivant aux dépens de la matière fermentescible, qu'il transforme en acide carbonique et alcool, en acide lactique, et acide butyrique et hydrogène, comme un mammifère, par exemple, transforme, dans son organisme, un grain de blé en urée, eau et acide carbonique.

Berthelot soutient que, dans le corps du ferment organisé, la matière fermentescible, un instant absorbée, rencontre un ou plusieurs ferments solubles ou non figurés, qui constituent sa fermentation, de la même manière que, dans le corps du mammifère, c'est par le suc pancréatique et la ptyaline de la salive, que l'amidon s'est transformé en sucre.

Quoiqu'il en soit de ces opinions, tous les deux s'accordent sur ce point principal, que plusieurs fermentations ont pour cause des ferments spécifiques, et que ces ferments sont des êtres organisés et vivants, végétaux ou animaux.

Origine du ferment figuré.—D'où proviennent ces ferments dits figurés ou vivants ? Les uns ont prétendu que ces petits organismes naissaient spontanément dans les substances azotées en voie du putréfaction. D'autres soutiennent qu'ils existent tout formés dans l'air, et qu'ils n'attendent pour se reproduire qu'un milieu favorable à leur développement. Parmi les par-

tisans de la génération spontanée, je citerai Mitscherlick, Scholsberger, Pouchet, Turpin etc, parmi les adversaires de cette théorie, les plus illustres sont Spallanzani, Cognard de Latour et enfin Pasteur.

" En 1859 Pasteur annonçait, à la société chimique de Paris, qu'ayant filtré de l'air à travers des tampons de coton-poudre, il en avait retiré divers corpuscules organisés auxquels il attribuait les faits de génération dite spontanée et de fermentation. Plus tard il démontrait expérimentalement que l'air est le véhicule d'un grand nombre de germes, et il concluait que ces êtres organisés qu'il avait découverts dans les fermentations butyrique, lactique, tartrique, malique etc, n'étaient autres que quelques-uns de ceux qu'il venait de démontrer exister dans l'air.

Ces belles expériences ont été le coup de grâce de la théorie des générations spontanées, laquelle est à peu près abandonnée maintenant.

Messieurs, il ne serait pas sans intérêt pour nous d'étudier les fermentations proprement dites et les fermentations physiologiques, dans tout leur détail; mais comme un semblable cadre nous mènerait trop loin, j'en arrive immédiatement aux fermentations pathologiques.

" Elles peuvent se diviser en deux grandes classes: 1° celles qui sont inaptes à reproduire les causes infectueuses, 2° celles qui peuvent régénérer le virus ou le ferment initial. La première classe a pour cause des ferments non figurés, qui se détruisent par leur action et ne peuvent se reproduire, telles sont les maladies par infection putride et les maladies à venir.

La deuxième classe de fermentations pathologique, est sous la dépeudance de ferments figurés ou vivants, végétaux ou animaux. Ces petits êtres vivent, en détruisant la trame de nos tissus, se reproduisent et peuvent, en passant dans d'autres sujets, produire les mêmes désordres ou mieux donner naissance à des maladies semblables.

Les maladies spécifiques et parasitaires sont produites par des germes déposés sur la peau ou absorbés avec l'air et les aliments. Ces avancés ne sauraient être mis en doute, depuis les savantes expériences de Pasteur, etc.

Les organismes aptes à être transportés par l'air ont été divisés en quatre groupes, fondés sur leur nature végetale ou animale et les produits auxquels ils donnent naissance :

1o. Les sporules ou organismes végetaux. qui donnent naissance aux champignons parasitaires de la peau et des muqueuses, aux moisissures, à beaucoup de fermentations proprement dites et de fermentations anormales, telles que les maladies des vins.

2o. Les ovules ou germes animaux qui, par leur développement, suscitent des décompositions putrides, s'attachent à la peau ou aux muqueuses des animaux, vivent dans les intestins et dans les muscles.

3o. Des organisations de nature intermédiaire (palmella, bactéries, monades,) qui ont été rencontrées au sein des humeurs dans un grand nombre de maladies graves, et dont la nature animale ou végétale reste encore douteuse.

4o. Des corps à l'état de simples granulations, derniers termes de l'organisation visible, trouvés dans le plasma sanguin d'animaux atteints de maladies infectieuses.

A. Le premier groupe comprend : 1o. Les spores qui donnent naissance à certaines maladies de la peau.

L'oïdium albicans : trouvé dans la muqueuse des sujets atteints de typhus, et qui cause le muguet des enfants.

La micoderme : qui végète dans la gaine des cheveux et produit la teigne.

Le tricophiton tonsurans : rencontrés dans l'herpès tonsurans.

Le dyplasporium fuscum : trouvé sur les fausses membranes de la gorge.

Tous ces parasites peuvent pénétrer jusque dans les vaisseaux.

2o. Les spores qui donnent naissance aux moisissures et aux fermentations proprement dites :

Les globules de la levure de bière : produisent la fermentation alcoolique ; le ferment lactique.

Le micoderma aceti : transforme l'alcool en vinaigre.

Le ferment ammoniacal de l'urine : transforme l'urée en carbonate d'ammoniaque.

Le leptotrix buccalis : trouvé constamment dans le tartre dentaire.

B. Dans le second groupe, comprenant les ovules ou germes animaux, nous avons le cercomonas intestinalis : trouvé dans les selles des cholériques et des typhisés.

Le trichnomonas vaginalis : dans la blennorrhée vaginale.

Les ovules, qui produisent les vers intestinaux.

C. Dans le troisième groupe, de nature végétale ou animale, il y a :

Les amibes difluentes : rencontrés sur les muqueuses intestinales.

Les vibrions ou bactéries : dans le tissu cellulaire enflammé de la base de la pustule maligne.

Les palmellées : reconnues dans les fièvres intermittentes.

D. Le quatrième groupe, comprend les spores à l'état de

simples granulations. C'est à des granulations ou corpuscules figurés et organisés que l'on doit les effets spécifiques des diverses maladies miasmatiques.

Tous ces germes vivants, aussi barbares d'actiou que de nom, ont été étudiés avec soin. On a pu les isoler, décrire leur forme, donner leurs dimensions, étudier leurs mœurs. Les germes que l'on a le mieux étudiés sont ceux que l'on rencontre dans les maladies charbonneuses, la variole, la fièvre typhoïde, la fièvre scarlatine, la fièvre puerpérale.

Dans le cours de l'été dernier Pasteur est parvenu à isoler les germes qui se trouvent constamment chez les sujets atteints de fièvre typhoïde. Il les a inoculés à des poules et à des lapins, et ces animaux ont éprouvé les mêmes symptômes que les typhiques. Il a remarqué qu'il faut un certain nombre de jours, après l'inoculation, pour que la maladie se déclare d'une manière régulière, juste le temps nécessaire au développement et à la reproduction des germes.

Quelques-uns de ces organismes, après avoir infecté un sujet ne paraissant plus trouver, dans le même individu, le milieu favorable à leur existence. Des lapins, atteints de fièvre typhoïde, après l'inoculation du ferment, semblent jouir d'une immunité complète, à une seconde et troisième inoculation.

Le même fait s'observe dans la variole. Tout le monde sait que la variole n'atteint presque jamais deux fois le même sujet.

D'autres animalcules ou germes végétaux paraissent se multiplier et vivre indéfiniment, par générations consécutives, dans le milieu ou ils se sont implantés. C'est ce que nous remarquons dans certaines maladies de la peau: dans la gale, la teigne, le rifle (eczéma infantile) etc.

Conclusion:

De toutes ces expériences, et au milieu même des nuages qui les entourent encore, mais qui finiront sans doute par se dissiper plus tard, il ressort pour nous un enseignement utile. Il est hors de doute maintenant que toutes ces maladies dites épidémiques, contagieuses, toutes ces fièvres dont on ignorait les causes, et appelées pour cela fièvres idiopathiques, toutes ces affections de la peau, si rebelles au traitement, que l'on a décrites avec tant de minuties et auxquelles on a donné tant de noms si difficiles à retenir; il est hors de doute dis-je que toutes ces maladies reconnaissent pour causes des germes soit végétaux soit animaux.

Doit-on s'étonner maintenant que les préparations mercurielles soient si efficaces dans les maladies syphilitiques; que l'iode, absorbé par les lymphatiques, fasse disparaître l'engorgement glandulaire; que la quinine, à haute dose et donnée

à temps voulu, c'est-à-dire plusieurs heures avant l'attaque, empêche la reproduction des germes et par là même les symptômes qui les accompagnent ? Il est facile aussi de s'expliquer pourquoi l'onguent de calomel et l'onguent de broxide de mercure agissent si bien contre la teigne, le prurigo, le rifle, etc. Le chlorate de potasse, l'acide sulfureux, le perchlorure de fer sont excellents dans les affections diphtéritiques. L'acide carbolique, injecté à la base d'une pustule maligne, avant que le virus ait atteint la profondeur des tissus, enraye la maladie. L'acide arsenieux, administré à petite dose, est le remède héroïque contre les affections rebelles de la peau.

On peut maintenant, jusqu'à un certain point, expliquer l'action de toute cette classe de médicaments altérants, qui tous sont des poisons plus ou moins énergiques et que l'on emploie d'habitude contre les maladies contagieuses.

Ces médicaments étaient bons contre ces diverses affections, l'observation l'avait démontré. Aujourd'hui, on prouve qu'ils sont bons, parce qu'ils sont des poisons, et qu'en cette qualité, ils détruisent les germes, cause immédiate de toutes ces maladies, restées si longtemps ignorées.

Je ne vous ai donné, ce soir, qu'un court aperçu des belles découvertes qui ont été faites de nos jours. Ces expériences se poursuivent avec ardeur, et nous avons tout lieu d'espérer que bientôt, nous pourrons soigner nos malades, avec la satisfaction de connaître leurs maladies, et le mode d'action des médicaments qui leur seront administrés.

Dr N. Fafard.

REVUE DES JOURNAUX.

PATHOLOGIE ET CLINIQUE MÉDICALES.

Des purgatifs chez les enfants.—Quand il y a lieu de purger un enfant, on n'a que l'embarras du choix des moyens.

S'agit-il d'un enfant à la mamelle ? On prescrit du *sirop de chicorée*. Il va de soi que ce sirop n'est nullement purgatif par lui-même. Il le devient par l'addition de la rhubarbe.

On peut avec succès administrer l'*huile d'amandes douces* additionnée ou non de quelques gouttes d'huile de ricin.

Un bon luxatif, c'est la *magnésie calcinée* à la dose d'un tiers de cuiller à café donnée dans de l'eau sucrée.

On a encore la ressource du *calomel* et de la *mannite*. L'extrait de manne sous forme de pastille, est très bien préparé en Angleterre et en Amérique. Chez les nourrissons, une pastille réussit très bien, dissoute dans un peu d'eau ou du lait.

Pour les sujets un peu plus âgés, les moyens manquent encore moins.

L'huile de ricin se prescrit dans le bouillon, dans du café, dans du tilleul, qu'on peut aromatiser avec du jus d'orange.

La *mannite* est administrée avec avantage, à la dose de deux ou trois pastilles.

On se trouve bien d'une infusion préparée avec 5 gr. de *follicules de séné.*

On a encore la ressource du calomel (0,05), ou de la magnésie (8 3 10 gr.) aromatisée au besoin avec du sirop de groseilles, de framboises, avec du jus de citron.

On peut donner un lavement évacuant ou dérivatif en faisant une infusion d'un verre d'eau pour 8 gr. de *séné* et 10 gr. de *sulfate de soude.*

—

Contagion de la rougeole.—Le professeur Desplats (de Lille) fait remarquer que la rougeole est sur les muqueuses respiratoires et oculaires avant d'être sur la peau. C'est par ces voies que s'opère la contagion.

Le fait suivant en est une preuve remarquable: on réunit un certain nombre d'enfants dans une fête de famille et, parmi les vingt-quatre qui se trouvaient présents était une petite fille qui toussait un peu et que sa mère avait forcée à y aller, quoiqu'elle se dit fatiguée et eût un peu de de fièvre. Personne ne remarqua qu'elle fût malade et on apprenait avec étonnement deux jours après qu'elle avait la rougeole. Elle n'avait donc été en rapport avec ses petits amis que quelques heures et deux jours avant l'éruption, et cependant sur les 23 enfants qui restaient, dix-huit eurent la rougeole dix à quatorze jours après. Il est probable que ceux qui échappèrent à la contagion avaient eu la maladie antérieurement. Le grand nombre des enfants atteints dans ce cas s'explique par l'habitude qu'ont les enfants de familles parentes ou amies de s'embrasser quand ils se rencontrent: on voit par cet exemple que cette pratique n'est pas sans inconvénients. M. Lancereaux a cité aussi des faits qui prouvent d'une façon extrême que la rougeole est contagieuse pendant sa période d'invasion. On peut donc en conclure qu'il est nécessaire d'isoler aussitôt que possible et sans attendre l'éruption, tout enfant chez lequel on soupçonne la rougeole ; de ne point admettre à fréquenter d'au-

tres enfants, tout enfant provenant d'un foyer rubéolique : cette interdiction doit durer au moins une douzaine de jours, afin qu'on soit assuré que cet enfant ne porte pas en lui le germe de l'affection.

—

Lésions cardiaques dans la phthisie.—Le Dr Decroix étudie l'atrophie du cœur et la dilatation de ses cavités droites dans la tuberculose pulmonaire, et tire de son étude les deux conclusions suivantes :

1° L'atrophie du cœur s'observe fréquemment dans les cas de phthisie à marche lente avec détérioration de tous les viscères, altération de toutes les fonctions de l'organisme.

2° La dilatation des cavités droites doit surtout se rencontrer dans la forme fibreuse de la phthisie chronique, avec lésions concomitantes d'emphysème et accès de dyspnée paroxystiques.

—

Sur la meilleure manière d'administratrer l'acide salicylique.—Le Dr Thomas a rappelé récemment l'attention sur un mode d'administration de l'acide salicylique qui lui a réussi souvent dans beaucoup de cas de rhumatisme articulaire aigu, sub-aigu ou même chronique. La formule qu'il recommande aurait l'avantage de ne point troubler le système digestif, d'être facile à prendre, de renfermer une dissolution parfaite de l'acide salycilique, d'être tout à fait active. Elle ne produit pas de mauvais effets sur le cœur, et déprime moins que le salicylate de soude.

Voici la formule :

Eau de menthe poivrée.....	℥ iv
Acétate de potasse.....	ʒ ij
Acide salicylique.....	ʒ ss
Limonade citronée.....	℥ ij

Pour préparer on met la potasse et la menthe poivrée dans un mortier de porcelaine, puis on ajoute graduellement l'acide en triturant jusqu'à parfaite solution, et en ajoutant plus tard le sirop. La dose est une cuillerée à bouche toutes les 2, 3 ou 4 heures, ou plus souvent, suivant la violence de l'attaque. Cette dose donne 20 grains d'acide pour 80 grains d'acétate. Chez les malades très robustes dont le rhumatisme n'est pas compliqué, le Dr Thomas donne également des injections de morphine. La convalescence arrive ordinairement au bout de

5 à 6 jours.—*Paris médical*, d'après *The Americain Practitioner.* —*Revue de Thérapeutique Médico-Chirurgicale.*

—

Anesthésie par le protoxide d'azote.—Le Dr Blanchard résume ainsi, d'après les idées de son maître Paul Bert, les indications thérapeuthiques et la physiologie de l'anesthésie par le protoxide d'azote.

1° Le protoxide d'azote, administré sous tension et mélangé à l'oxigène, produit en quelques secondes une anesthésie profonde.

2° Dans ces conditiens, il peut entretenir la vie indéfiniment et on se trouve complètement à l'abri de l'asphyxie.

3° En augmentant ou diminuant la pression, on peut régler à volonté et mathématiquement la marche de l'anesthésie; on n est menacé de la sorte par aucun des accidents qu'on encourt si on fait usage du chloroforme ou de l'éther.

4° Dès qu'on cesse l'inhalation du protoxide d'azote, le patient revient à lui en quelques secondes et il n'éprouve aucun malaise consécutif.

5° Le protoxide d'azote se dissout simplement dans le plasma sanguin; dès que l'inhalation a cessé, il s'échappe par le poumon. Son emploi n'amène donc aucun trouble dans la nutrtion ou aucune modification dans la composition chimique des organes.

6° La nécessité pour l'opérateur et ses aides de se placer dans l'air comprimé ne saurait être redoutée; l'air comprimé est atès efficace dans le traitement des catarrhes de la muqueuse rnsale, de la trompe d'Eustache et en général des voies respiratoires.

7° En raison de tous ces faits, le protoxide d'azote semble être bien supérieur au chloroforme ou à l'éther, tant à cause de la profonde anesthésie qu'il procure que pour la grande innocuité qu'il présente. En ne dépassant pas une pression de 0m,30 de mercure, il est absolument impossible de faire courir au malade un risque quelconque par le seul fait de l'anesthésie.

8° Dans tous les cas où on emploie actuellement le chloroforme et l'éther, partout où il sera possible de l'employer, le protoxide d'azote devra remplacer définitivement les deux anesthésiques.—*Revue de thérapeutique Médico-Chirurgicale.*

—

L'épistaxis et son traitement.—Nous croyons devoir résumer, d'après le récent travail du Dr Vienot (th. de Paris,

pent, se reproduisent, et sont détruits par un grand nombre de poisons organiques et inorganiques, tout comme les autres êtres vivants.

Les ferments non figurés ou solubles sont répandus soit dans les parties aqueuses des ferments figurés eux-mêmes, soit dans les liquides des organismes plus complexes, comme la salive, le suc gastrique, le suc pancréatique, soit enfin dans les diverses régions des plantes. Ces ferments sont sur l'extrême limite de l'organisation. Ils ne sont pas détruits par les poisons. Par la fermentation ils s'épuisent. On peut remplacer ces fermentations par des actions chimiques, exemple : La ptyaline, ferment non figuré de la salive, transforme l'amidon en glucose, de même avec l'acide sulfurique on produit sur l'amidon le même phénomène.

Rôle du ferment.—Comment s'expliquer le rôle du ferment non figuré sur le liquide fermentescible ? On est bien obligé d'invoquer la théorie allemande ou de contact et dire que la fermentation est dûe à la transmission au corps fermentescible, d'une certaine quantité de mouvement initial ou continu, dont l'origine ou la cause se trouve dans la transformation même du ferment.

L'action du ferment figuré est plus mystérieuse et c'est celle qu'il nous importe le plus d'étudier. Pasteur prétend, qu'à chaque fermentation à ferment figuré, correspond un ferment spécifique, vivant aux dépens de la matière fermentescible, qu'il transforme en acide carbonique et alcool, en acide lactique, et acide butyrique et hydrogène, comme un mammifère, par exemple, transforme, dans son organisme, un grain de blé en urée, eau et acide carbonique.

Berthelot soutient que, dans le corps du ferment organisé, la matière fermentescible, un instant absorbée, rencontre un ou plusieurs ferments solubles ou non figurés, qui constituent sa fermentation, de la même manière que, dans le corps du mammifère, c'est par le suc pancréatique et la ptyaline de la salive, que l'amidon s'est transformé en sucre.

Quoiqu'il en soit de ces opinions, tous les deux s'accordent sur ce point principal, que plusieurs fermentations ont pour cause des ferments spécifiques, et que ces ferments sont des êtres organisés et vivants, végétaux ou animaux.

Origine du ferment figuré.—D'où proviennent ces ferments dits figurés ou vivants ? Les uns ont prétendu que ces petits organismes naissaient spontanément dans les substances azotées en voie du putréfaction. D'autres soutiennent qu'ils existent tout formés dans l'air, et qu'ils n'attendent pour se reproduire qu'un milieu favorable à leur développement. Parmi les par-

tisans de la génération spontanée, je citerai Mitscherlick, Scholsberger, Pouchet, Turpin etc, parmi les adversaires de cette théorie, les plus illustres sont Spallanzani, Cognard de Latour et enfin Pasteur.

" En 1859 Pasteur annonçait, à la société chimique de Paris, qu'ayant filtré de l'air à travers des tampons de coton-poudre, il en avait retiré divers corpuscules organisés auxquels il attribuait les faits de génération dite spontanée et de fermentation. Plus tard il démontrait expérimentalement que l'air est le véhicule d'un grand nombre de germes, et il concluait que ces êtres organisés qu'il avait découverts dans les fermentations butyrique, lactique, tartrique, malique etc, n'étaient autres que quelques-uns de ceux qu'il venait de démontrer exister dans l'air.

Ces belles expériences ont été le coup de grâce de la théorie des générations spontanées, laquelle est à peu près abandonnée maintenant.

Messieurs, il ne serait pas sans intérêt pour nous d'étudier les fermentations proprement dites et les fermentations physiologiques, dans tout leur détail; mais comme un semblable cadre nous mènerait trop loin, j'en arrive immédiatement aux fermentations pathologiques.

" Elles peuvent se diviser en deux grandes classes: 1° celles qui sont inaptes à reproduire les causes infectueuses, 2° celles qui peuvent régénérer le virus ou le ferment initial. La première classe a pour cause des ferments non figurés, qui se détruisent par leur action et ne peuvent se reproduire, telles sont les maladies par infection putride et les maladies à venir.

La deuxième classe de fermentations pathologique, est sous la dépendance de ferments figurés ou vivants, végétaux ou animaux. Ces petits êtres vivent, en détruisant la trame de nos tissus, se reproduisent et peuvent, en passant dans d'autres sujets, produire les mêmes désordres ou mieux donner naissance à des maladies semblables.

Les maladies spécifiques et parasitaires sont produites par des germes déposés sur la peau ou absorbés avec l'air et les aliments. Ces avancés ne sauraient être mis en doute, depuis les savantes expériences de Pasteur, etc.

Les organismes aptes à être transportés par l'air ont été divisés en quatre groupes, fondés sur leur nature végetale ou animale et les produits auxquels ils donnent naissance :

1o. Les sporules ou organismes végetaux. qui donnent naissance aux champignons parasitaires de la peau et des muqueuses, aux moisissures, à beaucoup de fermentations proprement dites et de fermentations anormales, telles que les maladies des vins.

pent, se reproduisent, et sont détruits par un grand nombre de poisons organiques et inorganiques, tout comme les autres êtres vivants.

Les ferments non figurés ou solubles sont répandus soit dans les parties aqueuses des ferments figurés eux-mêmes, soit dans les liquides des organismes plus complexes, comme la salive, le suc gastrique, le suc pancréatique, soit enfin dans les diverses régions des plantes. Ces ferments sont sur l'extrême limite de l'organisation. Ils ne sont pas détruits par les poisons. Par la fermentation ils s'épuisent. On peut remplacer ces fermentations par des actions chimiques, exemple : La ptyaline, ferment non figuré de la salive, transforme l'amidon en glucose, de même avec l'acide sulfurique on produit sur l'amidon le même phénomène.

Rôle du ferment.—Comment s'expliquer le rôle du ferment non figuré sur le liquide fermentescible ? On est bien obligé d'invoquer la théorie allemande ou de contact et dire que la fermentation est dûe à la transmission au corps fermentescible, d'une certaine quantité de mouvement initial ou continu, dont l'origine ou la cause se trouve dans la transformation même du ferment.

L'action du ferment figuré est plus mystérieuse et c'est celle qu'il nous importe le plus d'étudier. Pasteur prétend, qu'à chaque fermentation à ferment figuré, correspond un ferment spécifique, vivant aux dépens de la matière fermentescible, qu'il transforme en acide carbonique et alcool, en acide lactique, et acide butyrique et hydrogène, comme un mammifère, par exemple, transforme, dans son organisme, un grain de blé en urée, eau et acide carbonique.

Berthelot soutient que, dans le corps du ferment organisé, la matière fermentescible, un instant absorbée, rencontre un ou plusieurs ferments solubles ou non figurés, qui constituent sa fermentation, de la même manière que, dans le corps du mammifère, c'est par le suc poncréatique et la ptyaline de la salive, que l'amidon s'est transformé en sucre.

Quoiqu'il en soit de ces opinions, tous les deux s'accordent sur ce point principal, que plusieurs fermentations ont pour cause des ferments spécifiques, et que ces ferments sont des êtres organisés et vivants, végétaux ou animaux.

Origine du ferment figuré.—D'où proviennent ces ferments dits figurés ou vivants ? Les uns ont prétendu que ces petits organismes naissaient spontanément dans les substances azotées en voie du putréfaction. D'autres soutiennent qu'ils existent tout formés dans l'air, et qu'ils n'attendent pour se reproduire qu'un milieu favorable à leur développement. Parmi les par-

tisans de la génération spontanée, je citerai Mitscherlick, Scholsberger, Pouchet, Turpin etc, parmi les adversaires de cette théorie, les plus illustres sont Spallanzani, Cognard de Latour et enfin Pasteur.

" En 1859 Pasteur annonçait, à la société chimique de Paris, qu'ayant filtré de l'air à travers des tampons de coton-poudre, il en avait retiré divers corpuscules organisés auxquels il attribuait les faits de génération dite spontanée et de fermentation. Plus tard il démontrait expérimentalement que l'air est le véhicule d'un grand nombre de germes, et il concluait que ces êtres organisés qu'il avait découverts dans les fermentations butyrique, lactique, tartrique, malique etc, n'étaient autres que quelques-uns de ceux qu'il venait de démontrer exister dans l'air.

Ces belles expériences ont été le coup de grâce de la théorie des générations spontanées, laquelle est à peu près abandonnée maintenant.

Messieurs, il ne serait pas sans intérêt pour nous d'étudier les fermentations proprement dites et les fermentations physiologiques, dans tout leur détail; mais comme un semblable cadre nous mènerait trop loin, j'en arrive immédiatement aux fermentations pathologiques.

" Elles peuvent se diviser en deux grandes classes: 1° celles qui sont inaptes à reproduire les causes infectueuses, 2° celles qui peuvent régénérer le virus ou le ferment initial. La première classe a pour cause des ferments non figurés, qui se détruisent par leur action et ne peuvent se reproduire, telles sont les maladies par infection putride et les maladies à venir.

La deuxième classe de fermentations pathologique, est sous la dépeudance de ferments figurés ou vivants, végétaux ou animaux. Ces petits êtres vivent, en détruisant la trame de nos tissus, se reproduisent et peuvent, en passant dans d'autres sujets, produire les mêmes désordres ou mieux donner naissance à des maladies semblables.

Les maladies spécifiques et parasitaires sont produites par des germes déposés sur la peau ou absorbés avec l'air et les aliments. Ces avancés ne sauraient être mis en doute, depuis les savantes expériences de Pasteur, etc.

Les organismes aptes à être transportés par l'air ont été divisés en quatre groupes, fondés sur leur nature végetale ou animale et les produits auxquels ils donnent naissance :

1o. Les sporules ou organismes végetaux. qui donnent naissance aux champignons parasitaires de la peau et des muqueuses, aux moisissures, à beaucoup de fermentations proprement dites et de fermentations anormales, telles que les maladies des vins.

pent, se reproduisent, et sont détruits par un grand nombre de poisons organiques et inorganiques, tout comme les autres êtres vivants.

Les ferments non figurés ou solubles sont répandus soit dans les parties aqueuses des ferments figurés eux-mêmes, soit dans les liquides des organismes plus complexes, comme la salive, le suc gastrique, le suc pancréatique, soit enfin dans les diverses régions des plantes. Ces ferments sont sur l'extrême limite de l'organisation. Ils ne sont pas détruits par les poisons. Par la fermentation ils s'épuisent. On peut remplacer ces fermentations par des actions chimiques, exemple : La ptyaline, ferment non figuré de la salive, transforme l'amidon en glucose, de même avec l'acide sulfurique on produit sur l'amidon le même phénomène.

Rôle du ferment.—Comment s'expliquer le rôle du ferment non figuré sur le liquide fermentescible ? On est bien obligé d'invoquer la théorie allemande ou de contact et dire que la fermentation est dûe à la transmission au corps fermentescible, d'une certaine quantité de mouvement initial ou continu, dont l'origine ou la cause se trouve dans la transformation même du ferment.

L'action du ferment figuré est plus mystérieuse et c'est celle qu'il nous importe le plus d'étudier. Pasteur prétend, qu'à chaque fermentation à ferment figuré, correspond un ferment spécifique, vivant aux dépens de la matière fermentescible, qu'il transforme en acide carbonique et alcool, en acide lactique, et acide butyrique et hydrogène, comme un mammifère, par exemple, transforme, dans son organisme, un grain de blé en urée, eau et acide carbonique.

Berthelot soutient que, dans le corps du ferment organisé, la matière fermentescible, un instant absorbée, rencontre un ou plusieurs ferments solubles ou non figurés, qui constituent sa fermentation, de la même manière que, dans le corps du mammifère, c'est par le suc pancréatique et la ptyaline de la salive, que l'amidon s'est transformé en sucre.

Quoiqu'il en soit de ces opinions, tous les deux s'accordent sur ce point principal, que plusieurs fermentations ont pour cause des ferments spécifiques, et que ces ferments sont des êtres organisés et vivants, végétaux ou animaux.

Origine du ferment figuré.—D'où proviennent ces ferments dits figurés ou vivants ? Les uns ont prétendu que ces petits organismes naissaient spontanément dans les substances azotées en voie du putréfaction. D'autres soutiennent qu'ils existent tout formés dans l'air, et qu'ils n'attendent pour se reproduire qu'un milieu favorable à leur développement. Parmi les par-

tisans de la génération spontanée, je citerai Mitscherlick, Scholsberger, Pouchet, Turpin etc, parmi les adversaires de cette théorie, les plus illustres sont Spallanzani, Cognard de Latour et enfin Pasteur.

" En 1859 Pasteur annonçait, à la société chimique de Paris, qu'ayant filtré de l'air à travers des tampons de coton-poudre, il en avait retiré divers corpuscules organisés auxquels il attribuait les faits de génération dite spontanée et de fermentation. Plus tard il démontrait expérimentalement que l'air est le véhicule d'un grand nombre de germes, et il concluait que ces êtres organisés qu'il avait découverts dans les fermentations butyrique, lactique, tartrique, malique etc, n'étaient autres que quelques-uns de ceux qu'il venait de démontrer exister dans l'air.

Ces belles expériences ont été le coup de grâce de la théorie des générations spontanées, laquelle est à peu près abandonnée maintenant.

Messieurs, il ne serait pas sans intérêt pour nous d'étudier les fermentations proprement dites et les fermentations physiologiques, dans tout leur détail; mais comme un semblable cadre nous mènerait trop loin, j'en arrive immédiatement aux fermentations pathologiques.

" Elles peuvent se diviser en deux grandes classes: 1° celles qui sont inaptes à reproduire les causes infectueuses, 2° celles qui peuvent régénérer le virus ou le ferment initial. La première classe a pour cause des ferments non figurés, qui se détruisent par leur action et ne peuvent se reproduire, telles sont les maladies par infection putride et les maladies à venir.

La deuxième classe de fermentations pathologique, est sous la dépendance de ferments figurés ou vivants, végétaux ou animaux. Ces petits êtres vivent, en détruisant la trame de nos tissus, se reproduisent et peuvent, en passant dans d'autres sujets, produire les mêmes désordres ou mieux donner naissance à des maladies semblables.

Les maladies spécifiques et parasitaires sont produites par des germes déposés sur la peau ou absorbés avec l'air et les aliments. Ces avancés ne sauraient être mis en doute, depuis les savantes expériences de Pasteur, etc.

Les organismes aptes à être transportés par l'air ont été divisés en quatre groupes, fondés sur leur nature végetale ou animale et les produits auxquels ils donnent naissance :

1o. Les sporules ou organismes végetaux. qui donnent naissance aux champignons parasitaires de la peau et des muqueuses, aux moisissures, à beaucoup de fermentations proprement dites et de fermentations anormales, telles que les maladies des vins.

le filtrant, soit en le chauffant pendant 10 minutes à 55° cent.. constitue un vaccin préservatif du charbon.

Mais, en outre, Lemmer a découvert que ce qui était vrai pour le charbon l'était aussi pour la septicémie.

Le procédé de M. Toussaint, pour fabriquer un vaccin antiseptícémique lui a parfaitement réussi. Soit un lapin septicémique, son sang inoculé fait succomber un second lapin à la septicémie, tandis qu'un autre lapin inoculé avec ce même sang préalablement chauffé pendant 10 minutes à 55° non-seulement ne meurt pas, mais est vacciné, *septicémisé;* et, en effet, ce même lapin, inoculé plus tard avec un sang d'une activité contagieuse rigoureusement établie par une expérience de contrôle, ne contractera pas la septicémie.

L'auteur espère que des faits de même ordre pourront être heureusement reproduits pour les autres maladies infectieuses. —(*Cent. f. d. med. Wissench.*, 27 novembre).—*Lyon Médical.*

—

De la pneumonie chez les enfants.—Diagnostic.—Traitement.—M. Jules Simon rappelle le souvenir de deux enfants qui lui ont été présentés à la consultation de samedi, 27 novembre. Tous deux, au premier abord, offraient les mêmes symptômes. Le premier sujet, une petite fille, je crois, âgée de sept ans, se présente dans un état d'hébétude et de prostration rappelant tout à fait celui de la fièvre typhoïde. La peau est sèche et brûlante, la langue, d'un rouge vif sur les bords et à la pointe. Le ventre est un peu ballonné et douloureux; il y a de la toux depuis quinze jours: c'est une dothiénentérie.

A côté de ce tableau, et comme pour lui faire pendant, le brillant conférencier place celui d'un garçon de dix ans, que sa mère porte dans ses bras. C'est, en apparence, la même prostration que précédemment. La langue, bordée d'un liseré rouge, traduit un état fébrile accentué. On est tout naturellement conduit à songer à une fièvre typhoïde; mais pendant l'interrogatoire de la mère, le petit malade fait deux ou trois efforts de toux. Immédiatement on examine la poitrine et l'on constate de la submatité à gauche et en arrière, dans presque toute la hauteur du poumon; l'auscultation fait percevoir un bruit de souffle: il s'agit, dans ee cas, d'une pneumonie.

En résumé, nous avons ici un état général semblable à celui qui est produit par la fièvre typhoïde, et provoqué par une pneumonie.

Du reste, ce n'est pas là un fait insolite. D'une manière générale, la pneumonie s'accompagne chez les jeunes sujets d'une prostration ressemblant à celle de la dothiénenthérie.

La fièvre est vive, mais la peau n'est pas sèche; il y a de la toux sans crachats, car d'habitude les enfants les avalent; le point de côté est l'exception; d'ailleurs le malade en raison de son âge, peut bien rarement nous éclairer à ce sujet.

Jusqu'à ce moment, c'est-à-dire tout à fait au début, on pourra se demander si cet état ne cache pas une fièvre éruptive; passez alors en revue les signes qui annoncent l'apparition de ces diverses fièvres. S'il n'y a eu ni vomissements, ni coryza, ni larmoiement, si la conjonctive palpébrale n'est pas rouge, et ne présente pas ce que M. Jules Simon appelle le *coup de pinceau*, il ne faudra pas songer à la rougeole. L'absence des phénomènes qui traduisent la congestion de l'axe cérébro-spinal feront rejeter l'idée d'une variole. Enfin, si une scarlatine devait apparaître, il y aurait les symptômes d'une pharyngite généralisée. Il ne faudra dès lors balancer qu'entre une fièvre typhoïde et une pneumonie.

Les phénomènes précités ont-ils fait brusquement leur apparition, il y a tout à parier qu'on aura affaire à cette dernière maladie. D'ailleurs l'auscultation lèvera les doutes qui pourraient subsister encore. Au bout de vingt-quatre heures en général, il sera facile de percevoir du côte de la poitrine des signes qu'on pourrait appeler négatifs. Ce sera souvent une diminution du murmure respiratoire, et surtout une expiration caractéristique, brève, étouffée, qui se traduira à l'oreille cumme si l'enfant prononçait brusquement un *e* muet. Le lendemain vous commencerez à entendre des râles crépitants, puis du souffle.

La fièvre tombe souvent dès le cinquième jour. A ce moment l'enfant peut encore être prostré, non plus à cause de l'hyperthermie, mais plutôt à la suite de la secousse imprimée à l'économie par le brusque changement de la température qui descend quelquefois à 36°.

Le souffle persiste maintes fois sept ou huit jours, comme dans un cas rapporté par M. Jules Simon, en sorte qu'un médecin qui ne serait pas prévenu du fait, pourrait croire à une induration chronique du poumon. Il ne faut donc pas se tromper à ce signe et se rappeler, en thèse générale, que, plus l'apparition du souffle est tardive chez les jeunes sujets, plus il met de temps à disparaître.

Il n'est pas rare de voir la pneumonie se montrer inopinément, et s'accompagner de vomissements et de convulsions. L'abattement du petit malade est complet; les traits expriment

l'hébétude. Le médecin, appelé à ce moment, interprète faussement ces symptômes qui semblent indiquer ce que l'on est convenu d'appeler l'état cérébral et laisse échapper le mot de *méningite commençante*. Certes, le diagnostic peut être difficile et l'embarras du praticien est aisé à comprendre; mais il ne faut jamais se hâter de se prononcer sur une affection dont on doute. Si vous avez des raisons de croire à une méningite, contentez-vous *in petto* d'en soupçonner l'existence, mais n'affirmez rien, car lorsqu'il s'agira d'une pneumonie, cet aspect cérébral peut disparaître en vingt-quatre heures, et l'auscultation vous permettra de poser le véritable diagnostic.

Traitement.—Nous avons dit que la pneumonie chez l'enfant s'accompagne presque toujours d'un état de prostration, rappelant celui de la fièvre typhoïde. La première indication qui ressort nettement de cette situation, c'est de soutenir le patient et de lui permettre de vivre jusqu'à ce que la maladie ait accompli son évolution. Il ne faut consulter que la résultante des forces de l'économie, *quid valeant humeri.*

Ne donnez pas de vomitif, sous prétexte de débarrasser les bronches des produits morbides qui les obstruent. Le petit malade sera tellement affaibli, qu'il ne pourra réagir, le vomissement ne se produira pas, et le résultat le plus clair obtenu par cette pratique, aura été de débiliter encore le patient. Insistez plutôt sur l'alcool, qui agira contre la maladie comme une épée à deux tranchants, en diminuant la température et en soutenant les forces de l'enfant.

Deux ou trois jours après le début de la pneumonie, mettez un petit vésicatoire volant, que vous pourrez remplacer ensuite une ou deux fois, si le souffle persiste. On le laissera en place, trois, quatre, cinq heures au plus. Il est difficile, sans doute, de bien interpréter l'action physiologique de ce médicament, et il est des médecins qui le rejettent absolument de leur pratique, mais il donne de bons résultats, et jusqu'à plus ample informé, ne vous privez pas d'un agent qui a fait ses preuves.—*Le Concours médical.*

—

Méningite tuberculeuse.—Diagnostic.—Nous avons vu, samedi dernier, un enfant de trois ans, malade depuis quinze jours, et qui nous a été apporté à la consultation par une concierge. Cette femme n'a pu nous éclairer à son sujet. Tout ce qu'elle a pu dire, c'est que le patient était abandonné, seul dans une mansarde, pendant que son père travaillait, et qu'un médecin du bureau de bienfaisance l'a visité une fois. Il n'est

donc pas facile d'être renseigné sur les premiers temps de la maladie.

Ce qui frappe d'abord chez cet enfant, c'est l'aspect cérébral qu'il présente. Le cou est raide, la tête rejetée en arrière, la figure stupéfié, grimaçante par moments. Il y a du strabisme, de l'inégalité des pupilles. Les facultés intellectuelles semblent obtuses, le malade entend mal. En outre, on remarque de l'hémiparésie à droite.

Il y a un léger état fébrile ; la respiration est inégale et irrégulière, le pouls bat lentement et sans régularité.

Il ne faut pas songer à une fièvre typhoïde, car dans cette affection, et sans rappeler tous les symptômes qui la carctérisent, la température est beaucoup plus élevée ; on ne remarque ni strabisme, ni irrégularité de la respiration. Enfin ; le pouls est *régulier*. Elle peut débuter, il est vrai, par des vomissements, des cris de la nuit ; il peut même y avoir un état d'allanguissement qui pourrait dans certains cas simuler l'aspect cérébral, mais les caractères de la fièvre et du pouls, surtout après quinze jours, la feront différencier facilement de la méningite tuberculeuse.

La méningite tuberculeuse, se traduit d'abord par de la douleur de tête, des cris nocturnes, dits cris hydrencéphaliques. En même temps il y a une grande agitation plus marquée la nuit. L'enfant a l'aspect cérébral : les sourcils sont froncés, il y a du strabisme, de l'inégalité des pupilles ; la vision est obtuse, la figure grimaçante par intervalles.

On remarque. en outre, des alternatives de rougeur et de pâleur de la face, se succédant presque au même moment. Il faut noter que les vomissements sont spontanés, subits, se produisant sans efforts, et par une contraction brusque et spasmodique de l'estomac et de l'œsophage. Ils ont encore ceci de particulier, c'est qu'ils se répètent à chaque instant. Dans la rougeole, la variole, etc., nous trouvons bien des vomissements, mais ils se font avec plus d'efforts et ne sont pas, à beaucoup près, aussi fréquents que dans la méningite.

Le ventre est excavé en bateau, la constipation opiniâtre et résistant à tous les médicaments. Les mouvements de la cage thoracique perdent un peu déjà de leur rhythme habituel ; ils commencent à montrer une légère irrégularité. On ne constate pas beaucoup de fièvre ; le pouls est précipité mais n'offrant pas toujours la même fréquence. Ainsi, par exemple, il pourra battre à 130 le matin, et à 90 le soir.

Cette première phase que l'on désigne sous le nom de période d'excitation, dure en moyenne de huit à dix jours ; puis, à ces phénomènes qui peuvent aller jusqu'à de petites convulsions et

à des contractures passagères, succède parfois une sorte de paralysie. La période d'accalmie commence. La fièvre tombe, l'enfant peut même recouvrer une partie de son intelligence. Ne vous laissez pas induire en erreur par ce symptôme qui ne manque pas de rendre l'espoir aux parents, et si jusqu'à ce moment on soupçonné la maladie sans pouvoir l'affirmer, il existe alors un signe capital, *pathognomonique*, c'est le ralentissement et l'irrégularité du pouls. Dès que vous le constatez vous pouvez être sûr que vous avez affaire à une méningite tuberculeuse, c'est-à-dire à une affection qui ne pardonne pas. —*Le Concours Médical.*

PATHOLOGIE ET CLINIQUE CHIRURGICALES.

Le mal de Pott.—Le mal de Pott est une affectiom complexe qui consiste dans une alteration profonde ou des vertèbres ou des disques intervertébraux, caractérisée par l'élimination de la partie nécrosée et par une cicatrisation osseuse.

Les uns ont admis une nécrose, d'autres une carie. Nélaton voulait que ce fut toujours une forme du tubercule du corps des vertèbres; en somme, c'est toujours une affection amenant de la destruction des os.

1o Période d'invasion;
2o Période de destruction;
3 Période de réparation.

Pott n'admettait pas la période de réparation, mais ce dernier ne s'adressait qu'à des adultes, et on sait qne chez les adultes le mal de Pott est toujours mortel, tandis que chez les enfants il guérit.

1o. *Période d'invasion.*—Le mal de Pott peut commencer par les ligaments ou les os, et l'ulcération se former au centre ou à l'extérieur de la vertèbre.

Dans certaines circonstances il y a une simple érosion, *en coup d'ongle* qui a enlevé comme un copeau à la colonne vertébrale; cette érosion s'agrandissant, peut s'étendre à une ou plusieurs vertèbres. M. de Saint-Germain insiste beaucoup sur cette érosion en coup d'ongle, qui peut expliquer les maux de Pott prolongés, c'est ce que l'on appelle la forme ulcéreuse. Il se forme des abcès non accompagnés de gibbosité, car il faut un certain temps pour que la vertèbre s'use.

Dans d'autres cas, il se forme un tubercule dans le corps de

la vertèbre ; ce tubercule a une période de crudité, une de ramollissement et une de suppuration.

Une fois donc la vertèbre réduite à l'état de bouillie, la colonne vertébrale s'infléchit, il se forme une gibbosité. La colonne vertébrale peut résister pendant un certain temps à la destruction de la vertèbre, grâce à la partie postérieure de cette dernière. Pour comprendre ce phénomène, divisons, avec Bouvier la colonne vertébrale en deux parties : le rachis antérieur et le rachis postérieur.

Le rachis antérieur comprend le corps des vertèbres, le rachis postérieur comprend les apophyses épineuses avec leurs lames et les apophyses transverses. Une fois le rachis antérieur détruit, c'est le rachis postérieur qui soutient la colonne ; mais on comprend combien ce point d'appui est faible et que le moindre traumatisme puisse faire effondrer la colonne. Il y a donc un travail préexistant qui mine la vertèbre, et le traumatisme qui arrive, ne fait qu'accélérer la marche des choses ; jamais donc le mal de Pott n'est traumatique d'emblée.

Quand les choses se passent lentement, dès que le corps de la vertèbre est assez ramolli pour être incapable de supporter le poids du tronc, il s'affaisse sur lui-même ; la vertèbre supérieure manquant d'appui en avant, mais soutenue en arrière par les apophyses épineuses, exécute un mouvement de bascule par lequel son apophyse épineuse se redresse et devient saillante ; de là une gibbosité.

Période de destruction.—La formation de l'angle caractérise cette période. Cet angle est à peu près médian ; il a un caractère particulier, il est brusque. Jamais ce n'est une convexité postérieure analogue à une cyphose, c'est un véritable promontoire.

Quelquefois, cependant, la courbure du mal de Pott peut ressembler à une gibbosité cyphotique ; s'il n'y a qu'une ou deux vertèbres de détruites, l'angle est aigu, mais s'il y en a cinq, six et même huit vertèbres atteintes, l'angle est moins prononcé. La gibbosité est médiane, car le tubercule enkysté se trouve au milieu de la colonne ; il peut se trouver cependant sur les parties latérales, de là, inflexion du tronc soit à droite, soit à gauche ; on cite même le mal de Pott postérieur. Le malle de Pott peut être multiple, Bouvier a trouvé deux cas dans lequels il y avait deux et trois maux de Pott ; dans ce dernier, chaque mal de Pott était séparé par des intervalles de vertèbres saines avec une série de petits promontoires séparés par des concavités.

Période de réparation.—Quand il n'y a qu'une érosion, la réparation est simple ; il se produit une sorte de bourgeonne-

ment et la petite plaie se recouvre. Cette réparation est si facile que beaucoup de cas de mal de Pott ont pu passer inaperçus.

Lorsqu'il y a effondrement, il se passe un phénomène analogue aux guérisons des fractures. La cavité bourgeonne, de véritables parties osseuses partent des parties supérieures et inférieures, empêchant la gibbosité de s'accroître. Au bout d'un certain temps, les stalacties osseuses disparaissent en partie, et dans la cavité on trouve un tissus osseux éburné qui constitue le cal.

Lésion de la moelle.—La moelle est rarement atteinte; quelquefois on observe des fourmillements, une faiblesse des membres, de la paraplégie avec incontinence d'urine et des matières fécales; tous ces faits sont rares. La moëlle ne peut être atteinte que dans la formation de l'angle, mais le rachis postérieur la protège; les lésions peuvent exister dans le cas d'effondrement brusque.

Diagnostic.—1o *Période latente.* L'enfant menacé se fatigue sans avoir rien fait, il y a une fatigue générale qui se traduit par une envie de s'asseoir ou de se coucher, de plus, l'enfant perd le sentiment de l'équilibre; il s'appuie sur les meubles en passant dans un chambre, et ne va jamais directement d'un point à un autre; le soir il a un petit accès de fièvre; il se plaint habituellement des reins.

2e *Période.*—L'enfant a des cris nocturnes; le premier est aigu comme s'il avait reçu un coup; ce qui arrive dans le premier sommeil, comme dans la coxalgie, parce que souvent à ce moment l'enfant éprouve comme une sensation de chute, de glissement; alors, par un mouvement brusque, il contracte fortement ses muscles spinaux, avec l'intention de se rattraper ou de se reteuir. Ce phénomène est assez fréquent chez les adultes.

Il y a une douleur fixe qui siège toujours sur la colonne vertébrale au niveau de la vertèbre malade.

On constate de la raideur dans les mouvements de la colonne vertébrale; c'est facile à vérifier par la suspension par les pieds. On place l'enfant sur le ventre et on lève ses jambes par les malléoles; si l'enfant est sain, la colonne vertébrale, semblable à un grand ressort, formera une courbe très prononcée; s'il y a mal de Pott, le petit malade fait le gros dos, sa colonne vertébrale se tient raide.

On pourrait confondre le mal de Pott avec la scoliose, mais qui dit mal de Pott dit immobilisation spontanée; dans la scoliosé, au contraire, il y a grande mobilité, grande souplesse, sans jamais de douleurs. La cyphose rachitique peut simuler

un mal de Pott où il y aurait plusieurs vertèbres atteintes ; on sait que la cyphose rachitique est très rare chez l'enfant.

Le diagnostic différentiel avec la rachialgie rhumatismale sera fait par le siége et la durée de la maladie ; nous ne ferons que citer le lumbargo, qu'on n'observe pas chez l'enfant.

Formes du mal de Pott.—On a prétendu que, suivant la forme de la gibbosité, suivant la forme et la courbure et suivant la région, on pourrait distinguer le genre de lésions : tout cela est inexact. Le seul signe que l'on puisse donner, c'est l'abcès parfaitement limité au rachis; dans ce cas, il y a un mal de Pott probable par érosion.

Conséquences du mal de Pott.—Le produit du mal de Pott est l'abcès par congestion, surtout dans la forme tuberculeuse. Ces abcès sont stationnaires ou migrateurs. Si le pus reste sur place, il s'accumule et vient faire saillie sous la gibbosite. Si le pus est abondant, il fuse, arrivé dans la fosse iliaque, passe sous l'arcade de Fallope, se monte à la partie interne de la cuisse et peut descendre jusqu'au genou ; c'est l'abcès ilio-fémoral.

D'autres fois le pus fuse en arrière par l'échancrure sciatique, de là dans la fesse, arrive à la partie postérieure de la cuisse jusque dans le creux poplité.

Diagnostic d'un abcès par congestion.—Il faut d'abord avoir soin de purger l'enfant, ensuite on le place sur le dos, on lui fait fléchir les cuisses et ouvrir la bouche, afin de mettre les muscles abdominaux dans un état complet de relâchement; si l'on n'y arrive pas par ce moyen, on emploie le chloroforme. Pnis, en déprimant doucement la paroi abdominale, et allant à la rencontre de la colonne vertébrale, on sent un boyau allongé venant se perdre dans la fosse iliaque. Lorsque l'abcès a passé sous l'arcade de Fallope, il est facile à diagnostiquer, ou pourrait tout au plus le confondre avec un abcès ganglionnaire ; un abcès par congestion est fluctuant et réductible ; avec une main, déprimant la paroi abdominale, et l'autre pressant sur l'abcès au niveau de l'arcade de Fallope, on peut facilement se renvoyer le pus par fluctuation.

L'abcès postérieur est plus difficile à reconnaître : on peut le confondre dans l'échancrure sciatique avec un cancer encéphaloïde, avec une sciatique, à cause de la douleur produite par compression du nerf sciatique ; la tuméfaction quelquefois énorme de la fesse peut mettre sur la voie.

On peu confondre les abcès par congestion avec les abcès ossifluents venant des côtes ou du sternum ; ces derniers ne sont pas loin et sont toujours accompagnés de douleurs soit du côté ou des côtes, soit du côté du sternum.

La myélite pourrait être confondue avec une paraplégie du mal de Pott ; cette dernière est brusque et guérit ordinairement

au bout de trois mois à la suite de repos, tandis que cela n'arrive pas pour la myélite.

Pronostic.—Il se divise en deux cas : chez l'adulte, le mal de Pott est mortel, chez l'enfant le plus souvent il guérit, à moins d'affections thoraciques tuberculeuses.

Traitement.—Au point de vue du traitement, on peut diviser le mal de Pott en trois classes :

1° Mal de Pott sans paralysie ni abcès ;
2° Mal de Pott avec paralysie ;
3° Mal de Pott avec abcès.

En tant que mal de Pett, le mal de Pott guérit ; mais il est incurable par ses complications qui sont : soit la tuberculose, soit la méningite, soit le carreau, soit les abcès par congestion.

1er cas. *Mal de Pott sans abcès ni paralysie :* le premier symptôme est la gibbosité. Dans ce cas on peut faire intervenir l'état général, c'est-à-dire si ce mal de Pott tient à la syphilis ; on pourra alors donner le traitement mixte (Bouvier). M. de Saint-Germain ne croit pas au mal de Pott syphilitique.

Si la cause est la scrofule, administrer l'iode sous toutes les formes ; en second lieu, les sulfureux en bains, en boissons ; en troisième lieu, les phosphates. Bouvier a nié l'influence des phosphates : M. de Saint-Germain, au contraire, dit que les phosphates bien administrées, produisent de bons résultats, surtout sous la forme du lactophosphates.

Les bains de mer ont aussi une grande influence, mais il faut les donner dans un moment propice. Dans le premier cas de mal de Pott, il y a deux périodes : la première ou période aiguë, est celle dans laquelle il y a des poussées inflammatoires ; les bains de mer seront sans résultat. Il faut les donner dans la période chronique, et encore faut-il prendre la précaution de ne pas les donner froids, à moins que l'enfant ne se trouve dans des conditions spéciales, qu'il soit très fort, que son système nerveux soit peu sensible. Le bain de mer doit être donné chaud, *jamais pur* au commencement ; car il développe de l'insomnie, un appétit exagéré, de la faiblesse, etc... ; on commence d'abord par mettre $\frac{2}{3}$ eau douce pour $\frac{1}{3}$ eau de mer, puis $\frac{1}{3}$ eau douce et $\frac{1}{2}$ eau de mer, ensuite $\frac{2}{3}$ eau de mer et $\frac{1}{3}$ eau douce.

Antoine Dubois avait préconise un spécifique qui a eu une grande vogue ; c'était le liniment ammonical.

Il faut lutter énergiquement contre la tendance des médecins qui conseillent l'exercice, parceque, disent-ils, un enfant enfermé dans une gouttière, ne sortant pas, ne s'amusant pas, devient presque toujours phthisique ; au contraire, M. de Saint-Germain a toujours remarqué que l'enfant enfermé dans une gout-

tière engraissait et dit qu'il est toujours possible de le faire sortir de sa gouttière en ayant bien soin que la colonne vertébrale soit maintenue immobile. Bouvier a cité plusieurs observations d'enfants qui se sont guéris en prenant de l'exercice. Ces observations ne sont pas concluantes, parce que l'on avait affaire ou à des cas bénins, ou à une cyphose rachitique.

Il ne faut pas non plus essayer le redressement; c'est une mauvaise méthode pouvant amener de graves accidents et ne donnant pas de résultats pratiques.

Traitement local.—C'est l'immobilisation. Pour immobiliser, le séjour au lit ne suffit pas; un lit, tant dur soit-il, est toujours trop mou, et l'enfant finit toujours par s'y faire un petit creux; de plus l'enfant se couche comme les petit animaux, ni sur le dos, ni sur le ventre, mais en chien de fusil, c'est-à-dire avec une tendance à rapprocher son menton de ses extrémités inférieures. L'appareil qu'on devra employer en premier lieu sera la gouttière de Bonnet. Une fois l'enfant placé dans la gouttière, on peut laisser des mouvements aux jambes, mais il faut toujours avoir soin que le tronc soit bien immobilisé et ne jamais laisser enlever la sous-ventrière.

Si l'on veut sortir les enfants en hiver, on les introduit avec leur gouttière dans un sac en fourrure ou en peau de mouton et on les promène sur une petite voiture d'enfant; il faut supprimer l'usage des grandes voitures qui donnent de trop fortes secousses, même lorsqu'elles sont bien suspendues.

La gouttière de Bonnet remplit bien toutes les conditions voulues, mais elle a deux inconvénients: sa masse et sa dureté. M. de Saint-Germain a fait construire à bien meilleur marché, une gouttière en osier, légère, se pliant dans le sens de la largeur, et ressemblant assez bien au panneton des boulangers; le seul inconvénient de cet appareil, c'est l'imperforation.

Quant au corset, on ne l'emploie que quand la gouttière est devenue inutile; ce qu'on reconnait à plusieurs signes: quand l'enfant ne souffre plus dans sa gouttière, quand il veut en sortir et manifeste le désir de marcher.

Le corset doit répondre à deux indications: 1° présenter un appui solide sur le bassin; 2° il doit avoir deux tuteurs qui remplacent les lames usées de la colonne vertébrale; il faut aussi que le poids de la tête porte le moins possible sur la colonne vertéqrale.

Doit-on supprimer subitement la gouttière et le corset? M. de Saint-Germain n'est pas de cet avis, et conseille de prendre un moyen intermédiaire, par exemple le procédé des *béquilles* qui ont le grand avantage de soustraire la colonne vertébrale à l'action de la pesanteur, mais l'éducation en est très difficile.

L'éminent chirurgien des enfants a substitué aux béquilles le *chariot flamand* qui en a tous les avantages sans en avoir les inconvénients.

La *gymnastique* non-seulement est inutile, mais même nuisible en ce sens qu'elle expose aux récidives.

Les cautères ont joui d'une grande vogue, surtout en province, parce que, disait-on, ils empêchaient les abcès. Les cautères sont au mal de Pott, pour beaucoup de praticiens, ce que les sangsues sont à une inflammation.

Ce qui explique leur grande vogue, c'est qu'ils enlèvent la douleur; mais en revanche, ils ont un effet redoutable en amenant des fistules intarissables.

M. de Saînt-Germain combat absolument l'usage des cautères, mais en revanche, il admet la cautérisation, non pas avec le galvano-cautère, mais avec le cautère actuel.

Les caustiques liquides sont mauvais, parce qu'on ne peut pas mesurer l'intensité de la brûlure.

2e cas. Mal de Pott avec paralysie. Abandonnée à elle-même, la paralysie guérit presque toujours. Il y a antagonisme entre la paralysie et l'abcès par congestion, chose qui parait curieuse, mais qui est bien explicable. En effet, dès que la moelle est dégagée de la compression produite par le pus et le détritns osseux, il n'y a plus de paralysie, il y a production d'abcès.

Le traitement à cette période, est le repos et l'immobilisation. On a essayé les bains de mer, traitement ni utile, ni inutile, parce qu'il s'adresse plutôt à un état général qu'à un état local.

Il en est de même des frictions et de l'électrisation qui ne sont que des moyens adjuvants.

3e cas. Mal de Pott avec abcès. Si l'abcès s'ouvre spontanément, cette terminaison, redoutée par beaucoup de médecins, n'est cependant pas très fâcheuse, sauf chez l'adulte, à cause des réactions qui peuvent se produire, sur l'organisation (fièvre hectique, infections purulentes). Il faut au contraire, laisser les abcès s ouvrir seuls, car la fistule qui se produit peut finir par se boucher. D'habitude on cherche à évacuer le pus le plus tard possible; il ne faut pas hésiter quand l'abcès s'est enflammé, ou bien, quand on craint une cicatrice vicieuse ou sur une fistule.

Comment doit-on ouvrir? Bouvier cite, pour le préconiser, le procédé d'Abernethy (méthode sous-cutanée). Mais tout ce qui est ponction est presque toujours nuisible; l'évacuation du pus est difficile, incomplète, à cause des grumaux, des détritus qui se présentent à l'embouchure de la canule et l'obstruent;

puis la ponction entraîne toujours l'inflammation du pourtour de l'ouverture.

Chez les enfants où il n'y a que peu de réaction, on peut ouvrir largement. On commence par fendre l'abcès dans son plus grand diamètre, on vide et on éponge ; puis on se sert d'un instrument très en vogue chez les Allemands, appelé *raclette ;* on écarte les lèvres de la plaie ; on racle la surface interne de l'abcès, qui se présente sous la forme d'une membrane pyogénique villeuse, et on transforme cette surface villeuse en une surface cruentée.

L'opération est longue et dure d'une demi-heure à trois quarts d'heure ; ensuite on réunit par première intention, en ayant soin de ménager deux drains.

M. Trélat a présenté à la *Société de chirurgie* un malade opéré par ce procédé, dont la guérison avait été complète au bout de quatre jours.

Les *fistules* ont été traitées par la teinture d'iode (Brunet, Velpeau). Nélaton a décrit un procédé plus rationnel : il dilatait le canal de la fistule avec des tiges de laminaria, qu'il enfonçait le plus profondément possible ; une fois ce canal dilaté, il poussait des injonctions de liqueurs de Villate. Il est probable qu'en retirant les tiges de laminaria, il raclait la surface du canal, et, transformant ainsi la surface villeuse en surface cruentée, il obtenait la guérison.—*Revue de Thérapeutique Médico-Chirurgicale.*

Traitement des fractures.—Frappé des ennuis, des inconvénients ou des dangers, 1e des bandages inamovibles ou amovo-inamovibles amidonnés, dextrinés ou plâtrés ; 2e des coques ou valves modelées en zinc ou autre matière ; 3e des attelles en bois qui ont pour objet de contenir les tissus autour des os lésés, de maintenir ces os en rapport et de paralyser les contractions musculaires, j'ai renoncé depuis longtemps à tous ces appareils compliqués pour recourir exclusivement, dans tous les cas de fractures simples, multiples ou comminutives, à celui que je vais décrire.

Fractures simples ou multiples.—Le membre blessé est enveloppé d'ouate, de *beaucoup d'ouate*, de première qualité.

Cette ouate tomenteuse est recouverte ensuite d'une feuille de carton *très épaisse*, complètement *imbibée* d'eau, préalablement coupée et appropriée, pendant son application, de manière à embrasser le membre destiné à être immobilisé dans toute son étendue et toute sa largeur à l'exception d'un intervalle d'environ 1 centimètre qui doit subsister entre les deux bords de la feuille.

Par dessus le carton qui se moule comme une pâte molle sur le membre, on met un bandage roulé simple assez serré, comnant plusieurs tours de linge les uns sur les autres.

On laisse sécher. Voilà tout.

Ce bandage se compose donc de *beaucoup d'ouate*, d'un *carton très épais* et d'une *quantité suffisante de bandes roulées.*

Fractures comminutives. — Même bandage auquel à l'aide d'un canif ou de la pointe des ciseaux on pratique une ou plusieurs *ouvertures* correspondant aux plaies cutanées. Ces ouvertures sont bordées d'un morceau de toile de gomme imperméable, qui recouvre en dedans l'ouate, en dehors le carton.

L'application de ce bandage est très facile. Il faut surtout que le carton soit d'une *épaisseur notable.*

On peut le fendre dans toute sa longueur avec des ciseaux ordinaires ou dérouler les bandes à volonté.

La valve unique en carton est assez élastique pour s'ouvrir au besoin, et être remise en place après examen des parties blessées.

Les plaies extérieures sont pansées à l'aide d'*eau alcoolisée*, acidulée ou phéniquée, une, deux ou trois fois par jour ; et entretenues dans un état de *sécheresse* le plus complet possible, sans onguent ni graisse d'aucune espèce.

Dans le cas de gonflement excessif du membre au moment où l'on applique le bandage, il y a lieu quelquefois de resserrer ou rapprocher, plus tard, les bords longitudinaux du carton-valve ou du carton attelle ; cela peut s'exécuter en imbibant ses bords d'eau chaude, et en les déchirant ensuite avec les doigts d'un bout à l'autre, afin de laisser toujours entr'eux un intestice d'environ 1 centimètre.

Ce bandage est aussi solide que léger.

Il convient aux petites comme aux grandes fractures, aux doigts comme à la cuisse, quelques soient les complications possibles. Il se moule exactement sur chaque membre ou chaque portion de membre affecté, infiniment mieux que les coques modelées et les attelles préparées à l'avance, dont je n'ai jamais pu faire usage ; et sans offrir les *pressions excentriques, irrégulières*, funestes souvent, soit pour les tissus comprimés soit pour les fragments osseux refoulés de côté, qu'exercent fréquemment les valves modelées en zinc ou en plâtre et les attelles en bois de bandage de Sneltet et autres modes de contention des membres fracturés.

Je pourrais maintenant citer des observations très nombreuses. J'en ferais un volume. Je l'ai dit ailleurs, déjà bien des fois : il ne se passe pas un seul jour, depuis une vingtaine d'années, sans que j'aie à traiter un ou deux blessés, en moyenne,

les uns légèrement, les autres grièvement. On conçoit le nombre de bandages, petits et grands, que j'ai dû appliquer. Plus j'en applique et plus je me félicite d'avoir pris le parti de les confectionner d'*ouate*, de *carton* et de *linge* seulement, à l'exclusion de tout autre appareil ou ingrédient: C'est très expéditif et très avantageux.

Si je devais maintenant donner un nom au bandage que j'emploie à l'exclusion de tout autre dans les cas de fractures, je l'appellerais *bandage ouaté*, parce que c'est grâce à l'application d'une *épaisse couche d'ouate*, conformément aux recommandations du professeur Burggraeve, de Gand, à qui le mérite et l'honneur de cette importante révélation devraient revenir intégralement, qu'il m'a été possible de rejeter amidon, dextrine, plâtre, coques modelées et attelles en bois, pour les remplacer par une feuille de *très gros* carton empâtée d'eau et moulée sur le membre blessé.—HUBERT BOENS.—*Le Réveil Médical.*

—

Ponction des articulations pour les épanchements sanguins et purulents. — Depuis l'emploi de la chirurgie antiseptique, la chirurgie des articulations s'est transformée. Ce ne sont plus des " noli me tangere " pour le chirurgien, et on n'hésite plus guère à les ouvrir largement pour l'évacuation des liquides normaux et purulents accumulés dans l'intérieur.

Il y a, toutefois, un certain nombre de cas où ce serait abuser que de faire subir à la capsule articulaire une grande perte de substance, si la chose peut être évitée en évacuant l'articulation par des moyens moins radicaux. M. Périer s'est bien trouvé d'employer largement la ponction avec aspiration. Mais il l'a toujours accompagnée des précautions antiseptiques : lavage phéniqué de la région, lavage des instruments, du corps de la seringue avec la solution phéniquée forte, et après l'opération enveloppement du membre que l'on immobilise dans un large pansement phéniqué. Il emploie pour ses ponctions le plus gros numéro des canules de l'aspirateur.

Il a employé ces ponctions surtout dans les épanchements sanguins traumatiques du genou et s'en est bien trouvé. C'est ainsi que récemment sur deux hommes il a fait la ponction, tirant dans le premier cas 40 grammes et dans le second 150 grammes de sang visqueux. Sans autre intervention, ses patients, dont le mal ne s'atténuait pas jusque-là, qui souffraient et avaient un membre menacé d'immobilisation, ont rapidement guéri. La douleur a d'abord disparu après cette évacua-

tion, même peu abondante, et la convalescence a marché bien vite. M. Périer pense que cette manière d'agir est de tous les points préférable à l'expectation avec laquelle le temps de la guérison est beaucoup plus considérable et les chances de suppuration restent à redouter.

On ne sait pas toujours en effet les conditions dans lesquelles survient la suppuration, témoin le cas d'un homme de 45 ans actuellement encore dans le service, qui avait fait une chute sur le genou droit en tombant d'un tramway. Il avait eu un épanchement intra-articulaire immédiat, point d'apparence de réaction inflammatoire, et 10 jours après l'accident l'aspect du genou mettait en droit de penser qu'il n'y avait dans cette articulation que du sang pur ne se résorbant pas. Dans cette pensée M. Périer décida de pratiquer la ponction. Celle-ci donna du pus bien lié. Le genou avait suppuré sans réaction dans ce court espace de temps. Il est juste d'ajouter qu'après cette simple ponction, et sans l'application d'un topique résolutif quelconque, la guérison se fit rapidement et sans encombre, et aujourd'hui, six semaines après l'accident, le genou est dans le meilleur état.

L'indication de la ponction peut se rencontrer dans des cas plus graves encore. Un homme, actuellement dans le service, est depuis longtemps atteint d'une tumeur blanche du genou. Des phénomènes inflammatoires ont éclaté de nouveau du côté de son genou depuis peu, et un abcès évident s'était formé auprès de la tête du péroné gauche. En même temps le genou se distendait par du liquide.

Il était bien difficile de savoir s'il y avait communication entre l'articulation et le voisinage de la tête du péroné, ou si les phénomènes inflammatoires vers le péroné et le tibria s'accompagnaient seulement d'épanchement séreux dans le genou.

Les douleurs articulaires étaient vives, la température constamment élevée. M. Périer jugeait que si on avait eu la certitude qu'il y eût du pus dans le genou, l'indication de l'ouvrir largement était formelle. Il se décida à faire une ponction dans le genou, se promettant d'inciser largement la capsule sur la canule s'il trouvait du pus à la ponction. L'aspirateur ramena 80 grammes de pus environ ; et cependant M. Périer eut la pensée, avant de recourir à l'incision, d'employer le procédé très répandu en Allemagne, qui consiste à distendre l'articulation en y injectant de l'eau phéniquée à 1/20, à bien laver l'articulation avec ce liquide et à le réaspirer.

Cette manœuvre fut suivie de l'effet le plus favorable. La fièvre tomba immédiatement pour ne plus remonter. Il y avait de vives douleurs, le genou devint insensible, et, à l'heure

qu'il est, 15 jours après l'opération, l'état est le plus satisfaisant et les choses paraissent marcher vers la guérison.

Dans ces diverses circonstances la ponction de l'articulation a joué un rôle très favorable, et M. Périer pense qu'on peut l'utiliser dans la pratique beaucoup plus qu'on ne le fait généralement, à la condition toutefois d'employer des précautions antiseptiques qui en assurent l'innocuité.—*Journal de Médecine et de Chirurgie.*

—

Traitement de l'adénite strumeuse par le thermocautère. — Gangrène dans le lipome. — M. Périer montrait dans ses salles un excellent exemple d'un traitement des adénites strumeuses, qui a été recommandé par plusieurs chirurgiens. Il consiste à traverser, en une série de points, le ganglion malade et plus ou moins suppuré avec une pointe fine de thermocautère. Cela donne une ouverture immédiate, une issue facile du pus, et provoque une réaction salutaire dans le ganglion, qui mène à la guérison.

Un jeune homme de dix-neuf ans, batteur d'or, était atteint, depuis trois mois, d'une adénite volumineuse et très douloureuse du pli de l'aine droit. Il souffrait, et la tumeur n'avait aucune tendance vers la résolution. M. Périer, avec la pointe du thermocautère, la traversa en six points différents, il y a huit jours. Il y avait fort peu de pus. Mais en revanche la tumeur se métamorphosa avec une rapidité extraordinaire, car, huit jours après l'opération, elle est méconnaissable; la résolution est si bien faite, que sous peu toute trace en aura disparu.

Une femme de soixante-six ans présentait une transformation de lipome qui n'est pas très commune, une véritable gangrène. Cette femme portait depuis vingt ans, à la partie interne et supérieure de la cuisse, presque au-dessous du pli de l'aine, un lipome du volume des deux poings. Cette tumeur etait devenue fort génante, et la pauvre femme avait les plus grandes peines pour s'asseoir et pour marcher. Malgré cela, elle menait une existence très fatigante, et probablement sous l'influence des irritations répétées de la surface de la tumeur la peau s'altéra, une partie de la surface s'ulcéra, une portion du lipome se gangrena au centre et il se forma une véritable caverne gangréneuse qui, depuis deux mois, donnait lieu à un écoulement de suppuration infecte. Chaque jour la caverne centrale faisait des progrès. Il était grand temps d'intervenir, et M. Périer procéda à l'ablation de cette tumeur en sacrifiant une étendue considérable de la peau très altérée. Malgré des

conditions très défavorables, dès le lendemain de l'opération, faite suivant la méthode antiseptique, la réunion était excellente dans les points rapprochés.

Cet accident dans la marche du lipome se rencontre à la suite d'irritation vive déterminant dans la tumeur des phénomènes inflammatoires. L'indication de l'ablation est alors formelle, à cause de la fétidité extrême de la suppuration et des complications qui peuvent survenir.—*Journal de Médecine et de Chirurgie.*

OBSTÉTRIQUE ET GYNÉCOLOGIE.

Traitement de la "phlegmatia alba dolens."—M. E. Troisier résume ainsi, dans sa thèse d'agrégation, les moyens thérapeutiques employés pour le traitement de la *phlegmatia alba dolens* chez la femme enceinte : application de sangsues si la douleur est bien localisée, et de ventouses scarifiées si elle est vague, diffuse ; frictions avec la pommade mercurielle simple ou belladonnée jusqu'à salivation ; application d'un vésicatoire (Gendrin, Nonat), quand le mal est très limité. Il rejette la compression faite à l'aide d'un bandage roulé, parce qu'elle a le grave inconvénient, si méthodiquement qu'elle soit faite, d'exaspérer la douleur. Il conseille les laxatifs doux, et, à l'exemple des médecins anglais, le calomel à l'intérieur, en l'associant soit au camphre, soit à l'opium, soit à la digitale.

Le membre sera enveloppé de cataplasmes émollients ou doucement frictionné de pommades et de liniments narcotiques, composées avec le baume tranquille, le laudanum, l'extrait de belladone (Grisolle). Trousseau recommande l'emploi des sachets de sable chaud.

On mettra le membre dans une position horizontale ou inclinée, en évitant, au moyen du cerceau, les poids des couvertures.

La malade gardera le lit plusieurs semaines ; elle évitera les mouvements brusques, qui bien souvent facilitent la rapture ou le détachement des caillots. Pour le même motif, jamais on ne devra frictionner trop énergiquement les parties atteintes.

La compression, inutile sinon dangereuse au début des accidents, est le moyen le plus efficace à employer contre l'œdème persistant. Quelquefois, les malades seront condamnés toute leur vie au port d'un bas élastique.

Le même traitement convient à la *phlegmatia* de la convalescence des maladies aiguës.

Les liniments narcotiques, la position, les cataplasmes et les fomentations émollientes, tels sont les seuls moyens à employer dans les cas d'œdème douloureux qui se montrent à la dernière période des maladies organiques.

—

Traitement de l'albuminurie gravidique.—D'après le Dr L. Dumas, la première indication est de combattre l'hyperhémie et la phlegmasie des reins par les antiphlogistique (sangsues ou ventousse scarifiées sur les lombes, suivies de cataplasmes émollients), les révulsifs intestinaux (purgatifs salins, huile de ricin, calomel). En même temps, on agira sur la circulation en la modérant avec des boissons tempérantes, une tisane avec l'acide nitrique, par exemple. En même temps on donnera des narcotiques locaux et généraux, on prescrira une hygiène sévère. On évitera les diuritiques, qui surmèneraient le rein et seraient nuisibles, sauf la digitale, bon tunique circulatoire.

Les phénomènes aigus passés, on recourra aux diurétiques (eau et sels de Vichy), aux astringents (tannin, alun, acide gallique, perchlorure de fer), à l'arsenic, etc. On évitera l'emploi du seigle ergoté, on comprend pourquoi. On conseillera les diaphorétiques, l'hydrosudopathie provoquée par l'étuve sèche, le massage, les frictions, d'une façon méthodique et conetante. On peut essayer le jaborandi. En même temps, il faut soutenir les forces par la médication tonique, l'air pur, l'hygiène bien dirigée. On relèvera les fonctions gastriques avec les médicaments *ad hoc* : noix vomique, alcalins, pepsine, etc. On proscrira du régime les substances fortement azotées : œufs, crêmes, gâteaux, etc. On régularisera les fonctions du foie par une alimantation fractionnée, le calomel, les alcalins, les eaux minérales (Balaruc, Salins, Vichy).

Enfin, restent les agents préconisés pour rendre normaux les échanges nutritifs et résoudre la néphrite. Nos lecteurs connaissent: l'iode, l'iodure de potassium, le chlorure de sodium, la fuchsine, le chloral, etc.

Quant à l'accouchement prématuré artificiel, le Dr Léon Dumas pense que, lorsque l'état de la mère sera grave, on pourra le pratiquer, mais plutôt dans l'insérêt de l'enfant que dans celui de la mère. On devra donc prolonger le plus possible les autres modes de traitement.

Tarnier a vu, sous l'influence du régime lacté, l'albuminurie

diminuer rapidement chez les femmes enceintes ; la décroissance ou la guérison ont été observées en moyenne de huit à quinze jours après le début du traitement. Si parfois ce traitement échoue, il a, en tout cas, le grand avantage de supprimer l'éclrmpsie ; mais il ne faut pas se laisser surprendre par cette grave complication, car alors il est trop tard. On prescrit donc le régime lacté de bonne heure, avant que l'albuminurie, quelle que soit sa cause, ait pu, par le seul fait de sa durée modifier l'état anatomique du rien. Voici la formule du traitement de Tarnie, pour que ce traitement soit réellement efficace :

Le premier jour, 1 litre de lait, 2 portions d'aliments ;

Le deuxième jour, 2 litres et 1 portion ;

Le troisième jour, 3 litres et ½ portion ;

Le quatrième jour et les suivants, 4 litres de lait, ou lait à discréiion, mais proscriprion absolue de toute autre espèce d'aliments ou de boissons. Dans les cas graves, où le danger est imminent, il faut mettre d'emblée la malade au régime lacté absolu.—*Revue de Thérap. Méd.-Chirurgicale.*

—

Suspension et reprise de l'allaitement dans le cours d'une fièvre typhoïde.—Malgré les graves inconvénients qui peuvent résulter de l'interruption brusque de l'allaitement, on est généralement assez disposé à considérer toute maladie aiguë, de durée assez longue, comme nécessitant absolument cette suspension et comme empêchant même la sécrétion du lait de se reproduire consécutivement. Le fait suivant, contraire à cette manière de voir, indique la conduite qu'on peut tenir dans ces circonstances. Une malade, accouchée depuis deux mois et demi, entrait dans le service de M. Siredey avec tous les symptômes d'une fièvre typhoïde ; son enfant, jusque-là nourri au sein par elle, était très bien portant. Elle continua à le nourrir pendant les premiers jours de sa maladie, mais au bout de quelque temps la sécrétion lactée était insuffisante et l'enfant, pour lequel, par suite de diverses circonstances, on ne put avoir de nourrice, fut soumis à l'usage du biberon ; à ce nouveau régime, et malgré la bonne qualité du lait qui lui était donné, la santé de cet enfant s'altéra rapidement, il fut pris de vomissements, de diarrhée verdâtre, il maigrit, présenta bientôt tous les symptômes du choléra infantile et sa physionomie s'altéra tellement qu'il était devenu méconnaissable en quarante-huit heures. Il allait succomber, lorsqu'une femme de la même salle, nourrissant déjà son enfant, voulut bien l'allaiter en même temps. Sous l'influence de cet

allaitement naturel, la diarrhée et les vomissements disparurent en vingt-quatre heures; tous les autres symptômes s'amendèrent et cet enfant qu'on croyait perdu, revint assez rapidement à la vie, pour qu'en moins de deux jours, il ait paru complètement hors de danger. Il fut ainsi nourri pendant une dizaine de jours et, à ce moment, la mère qui était entrée en convalescence, recommença à lui donner le sein. Sous l'influence de la succion, la sécrétion du lait qui avait été complètement tarie, se rétablit, et, après une suspension de plus de quinze jours, se produisit de plus en plus abondante et au bout de quatre ou cinq jours, elle était assez considérable pour suffire à l'enfant; tous deux purent bientôt quitter la salle dans un état très satisfaisant.

Ainsi que l'a fait remarquer M. Siredey, ce fait est doublement intéressant parce que d'une part, il montre d'une façon remarquable l'influence presque immédiate que peut avoir l'allaitement naturel sur un enfant presque mourant, lorsque l'altération de sa santé provient d'une alimentation défectueuse; d'autre part, il soulève cette question souvent discutée de la continuation de l'allaitement malgré une affection intercurrente. L'expérience démontre cependant, que lorsqu'il survient une affection aiguë chez les personnes qui allaitent, il ne faut pas se presser de faire changer la nourrice de l'enfant, ou de faire suspendre l'allaitement à la mère, si c'est elle qui nourrit; déjà Natalis Guillot insistait beaucoup sur la conduite à tenir dans ce cas, disant qu'il n'y a pas lieu de sevrer l'enfant quand la maladie maternelle est de celle dont la durée n'excède pas un mois à six semaines; et à plus forte raison lorsqu'il s'agit de pneumonie, d'une pleurésie, dont la résolution s'obtient en quinze jours; son enseignement à cet égard a été souvent reproduit dans ce recueil (Art. 5041, etc.) Deux cas peuvent alors se présenter: ou bien la sécrétion lactée continue avec plus ou moins d'abondance pendant tout le cours de la maladie, même lorsqu'il s'agit d'une fièvre typhoïde, et il ne semble pas que dans ces conditions le lait présente des qualités nuisibles qui puissent altérer la sauté de l'enfant; ou bien la sécrétion est tarie momentanément, mais peut se rétablir au moment de la convalescence et il y a alors d'une façon générale, tout avantage, après avoir alimenté temporairement l'enfant par un autre procédé, autant que possible au moyen d'une autre nourrice, à lui faire reprendre l'allaitement primitif; il résulte de là, que beaucoup d'enfants qui sont sevrés définitivement quand survient chez la nourrice une affection aiguë, pourraient, ou bien continuer à être allaités, ou bien, cette affection guérie, recommencer à prendre le sein. Ces

considérations ne peuvent être évidemment applicables à tous les cas, car il est de toute évidence, par exemple, que chez une femme profondément épuisée par une fièvre typhoïde de longue durée, il n'y aurait aucun intérêt, en admettant que la lactation se rétablisse, à profiter de cette circonstance pour rendre un nourrisson à sa mère.

Ce retour de la sécrétion lactée qu'on a signalé même après une violente attaque de choléra, peut d'ailleurs se produire dans quelques cas après une suspension très prolongée et c'est une condition heureuse qu'il faut souvent mettre à profit, ainsi que Trousseau et Gubler l'ont démontré par des faits connus mais qui méritent d'être rappelés. Gubler raconte ainsi l'histoire d'une femme pour laquelle on craignait le développement de la tuberculose et qui sevra son enfant à l'âge de trois semaines. Deux mois plus tard, elle entra avec son enfant malade dans le service de Trousseau qui lui fit redonner le sein ; il ne s'écoula que très peu de lait le premier et le deuxième jour, mais dès le quatrième la sécrétion était rétablie complètement.

Dans un autre cas, il s'agissait d'un enfant de dix mois sevré depuis quatre mois ; malgré cette longue suspension, la sécrétion se rétablit aussi avec rapidité, et l'enfant reprit le sein très volontiers. Trousseau et Pidoux ont vu aussi un enfant de neuf mois reprendre le sein et la lactation se rétablir après deux mois de suspension ; dans ce cas, il est vrai, l'enfant montra une répugnance qu'on ne put arriver à vaincre qu'en le privant de tout autre alimentation.

Le Dr Mathieu, enfin, a rapporté en 1852 dans la *Gazette médicale de Lyon*, un fait plus remarquable encore en ce sens que la sécrétion se reproduisit après un an de suspension, mais sans que la lactation fût sollicitée par un nourrisson. Il s'agit d'une femme de trente-huit ans, mère de cinq enfants qu'elle avait tous nourris ; le dernier mourut quatre ou cinq jours après sa naissance et la sécrétion lactée parut se tarir au bout de quelques jours chez la mère sans qu'elle en éprouvât la moindre incommodité ; cinq mois après cependant elle reparut, mais pendant quelques jours seulement, et c'est seulement un an après l'accouchement qu'elle se montra avec une abondance singulière, amenant un gonflement considérable des seins avec écoulement du lait en grande quantité. Cet écoulement dura pendant près d'un mois et finit par céder à l'usage du petit-lait de Weiss. Les règles avaient reparu régulières depuis longtemps, moins abondantes toutefois que par le passé et c'est à cette circonstance que l'auteur attribue le retour de la sécrétion lactée ; il est bon de noter cependant, que dans les cas

cités par Trousseau la réapparition des règles avait eu lieu et n'avait paru influencer en rien cette sécrétion. — *Journal de Médecine et de Chirurgie.*

Anasarque guérie par l'usage du lait caillé.—Dans une des salles du service de M. Lasègue est couché un malade atteint de néphrite albumineuse qui, depuis la fin du mois de juillet, s'était compliquée d'anasarque; il avait été soumis au régime lacté. Malheureusement le lait fourni à l'hôpital ne se conservait point pendant les grandes chaleurs; il fermentait, devenait acide, se caillait même, et, dans cet état, il fut refusé par la plupart des malades.

Cependant cet homme, n'éprouvant aucune répugnance pour ce lait caillé, en prit régulièrement deux litres par jour, buvant le petit lait jusqu'à la dernière goutte.

Sous cette influence, il se déclara une diurèse très abondante. L'urine, dont la quantité dépassait à peine un litre par jour, monta tout à coup à six litres. En même temps l'enflure commença à diminuer rapidement. Elle disparut entièrement en cinq ou six jours.

Les choses se passèrent donc pour le moins aussi bien que si le malade avait pris du lait frais au lieu du lait acide et caillé.

C'est un petit point de pratique qui peut avoir son importance, car le régime lacté, souvent si efficace contre l'anasarque, dépendant soit d'une maladie du cœur soit d'une maladie des reins, etc., ne peut quelquefois pas être appliqué directement sous une autre forme.

Aussi, la *Gazette des Hôpitaux* a-t-elle bien fait de nous rapporter cette observation.—*Revue de Thér. Méd.-Chirur.*

NOTE DE THÉRAPEUTIQUE.

La glycérine comme vomitif chez les enfants, par Smith.—D'après l'auteur (*British med. journ.*), la glycérine constituerait un vomitif simple et rapide chez les enfants, à la dose d'une demi-cueillerée à thé.—(*Rép. de pharm.*, novemb.) —*Lyon Médical.*

Traitement du hoquet (Mercier).—Il faut d'abord supprimer la cause (tathétérisme œsophagien, si rétrécissement de l'œsophage, sulfate de quinine, si impaludisme).

On a préconisé les antispasmodiques: extrait de belladone, de jusquiame, valérianate de zinc, etc.

La formule suivante, due au Dr Park, a donné de bons résultats :

Brômure de potassium	3j
Teinture de sumbul	3ss
Teinture de jusquiame	3j
Eau camphrée	℥jss

M... par cuillerées toutes les deux heures.

Le chloroforme a été préconisé par le Dr Marage.

Huile d'amandes douce	3ij
Sirop diacode	℥j
Sirop de menthe poivrée	3iij
Chloroforme	3ss

M... par cuillerées toutes les trois heures.

Gola a employé avec succès l'acide sulfurique, à la dose de 4 gr. ds 500 d'eau ; Juaritz l'infusion de moutarde.

Les toniques à l'épigastre et au cou (emplâtre belladoné, pulvérisations d'éther, injection de morphine, acupuncture ou galvanopuncture, rhéophores au cou et au diaphragme, etc.), doivent être réservés pour les cas plus rebelles.

Rostan a eu des succès par la compression de l'épigastre, Peretti par la compression circulaire des poignets.—*Revue de Thérap. Méc.-Chir.*

—

Moyen d'empêcher les cicatrices de variole (Schwimmer).—

Acide phénique, de	3j à 3ijss
Huile d'olive	℥ ij
Craie préparée	℥ ij

Appliquer sur la face au moyen d'un masque de linge présentant des ouvertures pour le nez, la bouche, les yeux. Des compresses suffisent pour les bras et les mains ; laisser en place pendant douze henres, puis remplacer par une nouvelle préparation. La suppuration dure moins longtemps et a moins d'intensité, tandis que dans les parties du corps laissées libres, le stade de suppuration apparaît du treizième au quinzième jour ; sur la face, il arrive du neuviéme au onzième jour. On enlève en général le masque quand la dessiccatiou commence.

L'UNION MEDICALE DU CANADA

MONTREAL, MARS 1881.

Comité de Rédaction :

MESSIEURS LES DOCTEURS E. P. LACHAPELLE, A. LAMARCHE ET S. LACHAPELLE.

Le Bureau de Santé.

Le bulletin de statistiques, publié par le Bureau de Santé, n'a pu s'occuper jusqu'ici que de deux éléments essentiels : constitution médicale régnante et décès, et phénomènes météréologiques. Il en est cependant un troisième, et qui doit être le premier, c'est celui qui constitue le mouvement vital de la population, et qui est composé des naissances et des mariages.

Il a toujours été impossible de faire figurer dans les statistiques vitales, ces deux derniers éléments, qui n'en forment qu'un, et qui doivent être la base de toute étude démographique ; et la raison de cette lacune, nous la trouvons dans l'absence d'un bureau à cet effet.

Nous ne voyons que deux moyens de combler cette lacune, c'est l'enregistrement civil, ou la constatation à domicile. Il faut la formation d'un bureau indépendant, où toute naissance et tout mariage seront enregistrés, indépendamment des croyances religieuses, qui séparément ne peuvent nous faire le rapport dont nous avons besoin ; ou bien, il sera fait visite à domicile, dans le but d'établir ce travail d'une manière exacte et véridique, c'est ce dernier mode qui est employé en Belgique.

Notre bulletin ainsi organisé, ainsi fait, se rapprochera de ceux que prescrivit le congrès démographique de Buda-Pesth, et qui est maintenant adopté presque partout.

Le fond étant ainsi modifié, la forme devra l'être et il conviendra de changer le nom et de lui substituer le suivant qui signifie beaucoup plus : Bulletin mensuel de statistique démographique et médicale.

Ainsi donc trois tableaux dans le bulletin : mouvement de la population (naissances, mariages, etc.), observations météorologiques (pression atmosphérique, température, hygrométrie, vents, leur direction), décès et leur cause.)

Parmi les causes, il en est une qui mériteratt une attention particulière, par cela même qu'elle est plus contrôlable, c'est celle qui regarde les accidents. La constatation d'un accident devrait être suivie d'un examen minutieux de la nature de cet accident, notes devraient en être prises longuement, et rapport annuel détaillé fait à l'autorité administrative. Que de réformes seraient opérées, que de réformes sous ce rapport, dont nous avons besoin, et dont bénéficierait si largement l'ouvrier qui dans maintes occasions n'est pas suffisamment protégé.

Pour que le calcul comparatif puisse être compris plus facilement dans ce triple mouvement des naissances, mariages et décès, il conviendrait de mentionner dans le bulletin, le chiffre de la population. Il faut espérer qu'avant longtemps, et surtout s'il s'organise un département sanitaire, une espèce de ministère d'hygiène, que les moyens seront employés pour opérer la réforme dans le relevé des statistiques vitales, réforme dont tout le monde sent le besoin.

Voilà bien le principal travail qui incombe nécessairement à un bureau de santé. Notre officier de santé, le Dr Larocque, a fait tous les efforts les plus énergiques pour parvenir à cette fin. Le but a été atteint en partie, mais pas complètement, vu les difficultés nombreuses devant lesquelles l'autorité semble demeurer impuissante; et néanmoins nous savons que cette dernière seule peut les vaincre, tout dépend d'elle, et c'est à cause que nous croyons qu'elle finira par se rendre à l'évidence et qu'elle complétera l'ouvrage commencé avant longtemps, que nous ne craignons pas de demander.

A part cette première tâche, la plus importante, la plus fondamentale, il y a encore à faire.

La surveillance des grands établissements, des maisons d'éducation surtout, dont la responsabilité est si grande, dont le séjour détermine la force ou la faiblesse future de la génération qui pousse, la surveillance hygiénique des écoles devrait être un devoir et un droit de l'administration sanitaire.

Au dernier congrès de Turin, le Dr Roth, de Londres, fit lecture d'une étude sur l'inspection médicale obligatoire des écoles. Nous y trouvons les détails suivants dans le *Journal d'Hygiène* du Dr Pietro Santa: " Le Dr Roth s'étend longuement sur les avantages de l'inspection médicale des écoles municipales de Bruxelles, sous l'habile direction du Dr Janssens. Cinq médecins inspecteurs surveillent tout ce qui concerne l'hygiène des dits établissements, examinent avec soin chaque élève au commencement de l'année scolaire, prescrivent le traitement médical ou hygiénique, et publient à la fin de l'année scolaire, les résultats obtenus. Les inspecteurs sont aussi

chargés de visiter les logements des parents des enfants malades et de donner aux élèves des notions élémentaires d'hygiène."

Les idées du Dr Janssens comme on le voit triomphent, le congrès a déclaré que *les visites médicales périodiques dans les écoles sont indispensables*, et tous les pays s'empressent de mettre à exécution une décision aussi salutaire. Boston, comme Bruxelles, oblige les visites mensuelles médicales dans toutes les écoles, pourquoi Montréal, travaillant à un système sanitaire utile, ne suivrait-il pas ce bon exemple, pourquoi ne pas ordonner cette avantageuse précaution dont l'utilité est hors de doute ?

Encore une fois la jeunesse est la patrie de demain, on ne saurait trop travailler pour elle.

Que l'organisation se fasse de la manière expliquée dans la ville de Montréal ; que le gouvernement d'Ottawa ou de Québec la généralise partout, et nous aurons une statistique puissante, raisonnée, que nous pourrons échanger avec orgueil avec les autres peuples. Et l'échange des idées et des faits, c'est le progrès !

Société Médicale de Montréal.

Séance du 25 février.

M. le Dr E. P. Lachapelle, Président au fauteuil.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

M. le Dr Fafard donne lecture d'un travail sur " les fermentations."

Cette lecture est suivie d'une discussion à laquelle prennent M. le Président et MM. les Drs Dagenais, Brosseau et Berthelot.

Le Dr H. E. Desrosiers donne avis qu'à la prochaine réunion il proposera M. le Dr A. A. Foucher, comme membre actif de la Société Médicale.

Et la séance est levée.

NOUVELLES MÉDICALES.

Dr. Foucher.—Nous apprenons avec plaisir le retour de M. le Dr Foucher, professeur d'ophthalmologie et d'otologie à la Faculté de Médecine de l'Université-Laval à Montréal. Après deux années d'absence passées en Europe, surtout à Paris, et consacrées à l'étude exclusive des maladies des yeux et des oreilles, M. le Dr Foucher vient s'établir à Montréal, nous lui souhaitons bienvenue et succès.

Université Laval à Montréal.—NN. SS. les Evêques de la Province de Québec désirant faire disparaître tous les doutes soulevés au sujet de la légalité de l'établissement de l'Uuiversité Laval à Montréal, ont adressé une requête aux autorités impériales, les priant d'examiner la question et de faire à la charte de l'Université Laval les modifications qui pourraient être jugées nécessaires. Les autorités impériales, s'appuyant sur l'Acte de la Confédération, ont répondu qu'elles ne croyaient pas devoir intervenir dans cette question, qui comme toutes les autres questions d'éducation, relève des autorités locales.

Il n'y a donc pas chose jugée, comme on a voulu le faire croire. Le tribunal choisi s'est récusé, tout en désignant celui auquel on devait s'adresser pour faire régler cette question, et voilà tout.

C'est donc à la Législature de Québec que NN. SS. les Evêques doivent s'adresser maintenant.

VARIÉTÉS.

État mental des vieillards et des mourants.—Il existe chez les vieillards, des états intellectuels fort différents suivant les individus. Tantôt, le vieillard peut conserver la plénitude de ses facultés; c'est ainsi que le traité de Cicéron sur la vieillesse donne presque envie de vieillir.

Tantôt au contraire, la période de vieillesse peut être considérée chez quelques-uns comme une véritable période de calamités.

La vérité clinique est au milieu.

Les vieillards se divisent en trois classes, d'après :

1° L'état physiologique de leurs facultés intellectuelles;

2° L'état mixte;

3° L'état pathologique.

1° *État physiologique.*—Le vieillard est fin, sagace, prudent. il mesure ses expressions, il a une grande sûreté d'appréciation, Il possède peut-être moins de dose d'assimilation, mais il conserve bien les impressions qu'il reçoit; il est circonspect, méfiant, méticuleux; fortifié par les épreuves; il est peu enthousiaste, il n'a pas d'élan, il ne reçoit des leçons que du passé, il est peu susceptible d'affections nouvelles. Il pense beaucoup à lui, et devient un peu égoïste, ne croit pas aux vertus humaine et compare ce qu'il voit et ce qu'il a vu; il n'estime que ce qu'il a perdu; il n'apprécie que ce qu'il a gagné.

2° *État mixte.*—On trouve alors, chez lui, une usure cérébrale semi-pathologique; dans cet état, les appréciations de son intelligence sont très-différentes: il y a abaissement du niveau intellectuel. Cet homme, épuisé par le travail ou le plaisir, n'a plus de verdeur d'esprit. Les choses présentes ne l'impressionnent pas; il est obscur, diffus, contradictoire; il ne conclut pas, répète les mêmes choses à satiété.

Son caractère se modifie. il devient irritable; sa volonté est moins ferme et moins puissante, aussi est-il très-facile de lui faire changer d'avis et prendre des déterminations contre lesquelles il a lutté toute sa vie. Après s'être un peu regimbé, il arrive à faire tout ce qu'on lui a demandé. "*Claudicat ingenium.*" (Lucrèce.)

3° *État pathologique.*—Chez le vieillard réduit à l'état d'enfance et de démence sénile, il y a des troubles de motilité et de sensibilité, des trouble nerveux. Il est irritable sans cause, il s'attendrit sans motifs, il devient à charge à autrui et à lui-même. Il a l'attitude brisée, cassée. Dans la station verticale, il manque d'aplomb; cet homme s'égare dans la rue et même dans sa chambre; il n'a plus conscience de son identité: il ne se souvient plus de son âge; il est plein d'angoisses et de frayeur, il a le délire tranquille et intermittent des persécutions séniles, Le vieillard en démence sénile ne dort pas ou dort peu; il écrit mal, répète ses mots—"*omnia deficiunt*". Tout manque à la fois.

Le vieillard est-il un être responsable? Oui, à l'état physiologique, et même à l'état mixte. Mais dans ce dernier, au point de vue des actes civils, le vieillard est un être qu'on exploite; on lui fait faire ses partages, et ensuite on cherche à s'en débarrasser; on imagine un voyage à Paris et on le laisse en plan, et la plupart du temps, il reste à la charge du département qui l'a recueilli.

La loi romaine pensait qu'il était difficile de demander compte à un vieillard de ses actes délictueux ou criminels.

La loi française n'applique pas les travaux forcés après 70 ans, mais la peine capitale est applicable à tous les âges.

En Chine, à 80 ans, la peine de mort n'est jamais appliquée. En Angleterre, on pense au contraire que le vieillard est plus criminel que l'adolescent et on lui inflige des peines plus fortes.

Les actes délictueux, ce sont des propos déplacés et obscènes, des propositions immorables faites à des enfants, des outrages public à la pudeur. Il sont rarement poursuivis et le degré de responsabilité varie suivant les cas.

Dans l'état physiologique, il sont responsables; dans l'état mixte, la responsabilité est atténuée: dans l'état pathologique,

ils sont irresponsables ; mais alors il faut leur donner un asile pour leurs vieux jours.

Le vieillard qui possède est choyé, adulé, entouré par ses proches ; ce sont des manœuvres de captation. On lui fait faire des dons manuels, surtout dans les derniers temps de sa vie ; aussi, les bijoux, les objets précieux, les valeurs au porteur ont-ils disparu au moment du décès. On lui suggère des dispositions en vue de telle ou telle chose et il arrive que les héritiers qui sont éloignés sont tout à fait dépouillés.

On se demande si, dans un intérêt général, il ne faudrait pas faire un cas de conscience au médecin d'intervenir, lorsqu'il soigne un vieillard, en déposant entre les mains d'un agent, un pli cacheté devant être ouvert dans des conditions déterminées et portant que tel jour, à telle date, la situation du vieillard était dans tel état, s'il se trouvait plus ou moins conscient, etc.

Il en est de même des testaments et des mariages *in extremis;* il a pu dans certains cas, être démontré que l'homme était dans un état comateux, lors de l'accomplissement de la cérémonie, et les tribunaux ont dernièrement cassé un mariage de ce genre.

Mourants.—L'état mental des approches de la mort est tout à fait particulier.

On peut diviser les mourants en 3 groupes, correspondant à autant d'états divers :

1° Tous les états qui laissent l'intelligence libre jusqu'à la dernière minute ;

2° Certains états qui n'intéressent que secondairement le cerveau, mais qui laissent l'intelligence dans un état de trouble ;

3° Toutes les affections de l'encéphale, ou celles qui retentissent sur l'intelligence.

Dans le premier groupe, c'est-à-dire celui des affections qui laissent persister l'intelligence, on trouve :

La phthisie pulmonaire. Le phthisique a des illusions sur sa mort et il meurt ordinairement en parfaite lucidité d'esprit ;

Les affections du cœur.

Les affections du foie.

Le cancer de l'estomac et des intestins.

Les hémorrhagies.

Les affections chirurgicales.

La péricardite la pleurésie, la péritonite.

Il y a même parfois une certaine surélévation d'intelligence et l'on voit des mourants qui désirent entretenir les leurs et ont une sorte d'entrevue avec tous ceux qu'il ont aimés ; qui donnent des conseils, qui prévoient l'avenir, qui font leur profession de foi.

L'explication est celle-là :

Quand l'affection, cause de la mort, est loin du cerveau, il y a pour ainsi dire une dérivation et le cerveau est plus dégagé.

Les anciens connaissaient cet état. Zimmerman a parlé d'enfants qui avaient été extraordinaires dans leurs derniers entretiens. On peut donc conserver toute sa raison et toutes ses facultés, jusqu'au dernier moment.

On a dit que certains aliénés chroniques, au moment de leur mort, pouvaient recouvrer leur raison. Brière de Boismont en a donné une observation. C'est un homme qui était dément depuis 56 ans, et qui a retrouvé son intelligence et causé avec ses parents, réglant toutes ses affaires, la veille de sa mort. Legrand du Saulle a noté aussi des périodes de clarté intellectuelle et de lucidité. On a même dit que la voix prenait une sorte de timbre particulier et qu'elle devenait musicale. Ce qu'il y a de certain, c'est qu'alors les mourants parlent d'une voix nette et claire.

L'homme qui va attenter à sa vie, dans quel état se trouve-t-il ?

Le suicide est compatible avec la conservation de l'intelligence. C'est souvent un acte volontaire, voulu et consenti. Le mourant donne, dans une pièce dernière, la mesure de son intelligence ; aussi trouve-t-on parfois des mots écrits à la craie, au charbon, des chiffons de papier qui contiennent les dispositions dernières ; ces suicidés sont intelligents.

Voilà dans quel ordre on peut classer ces dispositions de la dernière minute :

1° Reproches, déclamations, recommandations, aveux ; parfois le suicidé veut qu'on sache qu'il a été un homme indigne.
2° Paroles bienveillantes, déclaration philosophiques sur l'immortalité. Mais ce qui fait le fond de tous ces post-scriptum mortuaires, c'est la prière de n'accuser personne.

Esquiros avait tort de dire que le suicide par lui seul était toujours un acte de folie. Pendant la Commune, Legrand du Saulle a noté la persistance du courage, de la raison et du calme, la justesse d'esprit et la résignation des personnes qui marchaient au supplice.—*Le Praticien.*

Improvisation.—Roger de Beauvoir, pour se conformer au goût de son époque, avait dans son cabinet un magnifique squelette, monté sur un piédestal.

" Un jour, dit Alexandre Dumas, nous déjeûnions chez lui ; Hugo vint, examina avec grande curiosité le squelette.

—Ecrivez-moi donc, mon cher Hugo, des vers sur mon squelette.

Hugo prit une plume et sur l'os de l'omoplate, écrivit ces vers :

Squelette, réponds-moi : Qu'as-tu fait de ton âme?
Flambeau, qu'as-tu fait de ta flamme?
Cage déserte qu'as tu fait
De ton bel oiseau qui chantait?
Volcan, qu'as-tu fait de ta lave?
Qu'as-tu fait de ton maître, esclave?

L. Loire.

NAISSANCES.

—En cette ville, le 11 février dernier, la dame du Dr J. Gagnon, une fille.

—A Ste. Julie de Somerset, le 16 février dernier, la dame du Dr D. L. Laprise, une fille.

MARIAGES.

A Montréal, le 8 février dernier, M. le Dr D. Gaucher de Hull, à Dlle Marie E. Cadieux, de Courville.

—A Joliette, le 9 février dernier, M. le Dr J. T. Desroches, de Montréal, à Dlle Marie-Jeanne A. Groulx.

DÉCÈS.

A Indian Orchard, le 30 décembre 1881, M. le Dr A. C. Desautels, âgé de 44 ans.

—En cette ville, le 16 février dernier, âgée de cinq jours Eulalie-Cordélia-Célina, enfant du Dr J. Gagnon.

TRAVAUX ORIGINAUX.

Hôpital Notre-Dame.

Conférences cliniques par A. T. Brosseau professeur de clinique chirurgicale à l'Université-Laval.

Des fractures compliquées de plaies, leur traitement,—leur pronostic,—la question d'amputation.

Messieurs,

Nous avons en ce moment dans nos salles plusieurs cas de fractures, entre autres une fracture composée du nez et trois fractures composéés du membre inférieur. Nous ne saurions laisser passer cette occasion favorable, sans vous faire quelques remarques pratiques touchant ces lésions si fréquentes et si graves.

Dans le langage clinique, on dit qu'une fracture est compliquée (les anglais disent composée) quand il existe en même temps une *plaie communiquant avec la fracture*, cette dernière se trouve ainsi en contact avec l'air extérieur. Ce qui donne à ces lésions *une gravité toute spéciale*, c'est *l'action de l'air sur les fragments.*

Le pronostic est beaucoup moins sérieux lorsque la plaie cutanée *est étroite, sinueuse* et que l'on réussit à la clore par première intention, *mais si la plaie est large*, il survient ordinairement de terribles complications—abcès profonds, nécroses, infection purulente etc. — Cependant ces dangers peuvent être surmontés et le malade guérir après un temps plus ou moins long.

Le traitement des fractures compliquées est parfois très-précis ; par exemple, lorsqu'un membre *est broyé*, il faut faire l'amputation ou la résection suivant l'état des parties. Si au contraire *la plaie est étroite*, il faut la fermer et agir comme si la fracture était simple.

D'autre part, certaines fractures compliquées placent le chirurgien dans un cruel embarras. Doit-il amputer, doit-il réséquer ou tenter la conservation du membre ?

C'est dans des circonstances comme celle-ci que le tact, le jugement et la science du chirurgien sont mises à l'épreuve. Du mode de traitement qu'il adopte dépend souvent la vie ou la mort du patient, la conservation ou la perte d'un membre.

Un célèbre chirurgien à dit: " Conserver la vie c'est notre principal but; en arriver là, même par le sacrifice d'un membre c'est encore faire de la conservation.

" Couper un membre inutilement, c'est une *erreur* que le chirurgien ne commet pas volontairement, mais sacrifier la vie dans le but de conserver un membre, en est une bien plus grande. Cependant les chirurgiens timides la commettent souvent.

" Abandonner à la nature un membre malade, est une lacheté qui ne demande aucun effort d'intelligence, mais l'amputer demande du courage, des connaissances et impose une grande responsabilité."

Faire une amputation c'est de l'art, mais décider si cette opération est absolument nécessaire, est infiniment plus difficile, car cela demande beancoup plus de savoir et de jugement.

Le point capital dans ces fractures compliquées de plaies, *c'est que l'os ne suppure pas*, car lorsque l'os fracturé suppure (et malheureusement tous les efforts que nous faisons pour l'en empêcher ne réussissent pas toujours) les phénomènes cliniques et anatomiques de la consolidation se trouvent tout particulièrement modifiés.

Nous avons aussi des différences suivant que l'ostéïte suppurante occupe la *superficie* ou *toute l'épaisseur* de l'os et quelle est plus ou moins intense.

Si l'ostéïte est bénigne et superficielle, le malade n'a pas de symptômes généraux, pas de fièvre, le membre n'est que modérément gonflé, la suppuration est peu abondante et sans fusées purulentes. La mobilité entre les fragments commence a diminuer vers le trentième jour et la consolidation a lieu vers le soixante-et-dixième, s'il y'a eu nécrose superficielle et sur un seul point de l'os.

Mais lorsque la suppuration envahit la surface, la profondeur de l'os et le canal médullaire, l'ostéïte est *suppurative générale* (c'est cette forme que M. Gosselin appelle *Ostéomyélite*); elle est très grave. Les phénomènes cliniques varient suivant l'intensité de l'inflammation osseuse.

Si cette inflammation est modérée, la fièvre traumatique n'est pas très-violente. Le pouls ne dépasse pas 110, la température 39.

Si on est obligé de déplacer le membre pour le pansement, on voit le pus s'échapper des parties profondes.

Au bout de trois à six mois, un gros cal existe au niveau de la lésion primitive de l'os.

Le cal se fait aux dépens des bourgeons charnus eux-mêmes et aussi aux dépens du canal médullaire et du tissu compact, comme aux dépens du périoste.

Le périoste n'est donc pas la seule partie formatrice du cal.

Dans certains cas, *l'ostéo-myélite* donne lieu a une fièvre traumatique des plus graves, qui est le point de départ de cette autre fièvre qui est l'infection purulente et qui est si souvent mortelle.

Le séjour à la campagne, une bonne constitution empêchent la suppuration de devenir putride. Dans les grandes villes, dans les hopitaux les moyens d'atteindre ce but sont le pansement de Lister, et plus sûrement encore en pratiquant *l'occlusion* de la plaie avee le collodion et la ouate. Voici le procédé opératoire adopté dans tous les cas où la plaie est petite ou moyenne:

On rapproche les lèvres de la plaie par des points de suture, puis on met une couche de collodion, puis une légère couche de ouate et ainsi de suite jusqu'à ce que la plaie soit hermétiquement fermée.

On peut encore se servir de bandelettes de linge ou de baudruche collodionnées et imbriquées en cuirasse.

On se sert encore dans ce pays de bandelettes enduites de baume du Canada.

Il faut laisser cet appareil en place pendant une dizaine de jours.

Si la fracture est compliquée d'une grande plaie, le chirurgien doit encore essayer l'occlusion, du moins dans un certain nombre de cas ; mais il aura soin d'enlever les bandelettes aussitôt que la *douleur* et le *suintement* du pus l'avertiront que l'union n'a pas eu lieu.

Si l'on échoue dans l'occlusion, voici alors la conduite à tenir: lavez d'abord la plaie avec de l'alcool camphrée, ou de l'acide phénique. Exercez sur elle de légères pressions afin d'en chasser le pus. Continuez à tenir le membre aussi immobile que possible au moyen d'un appareil de Scultet qui est certainement le meilleur de tous les appareils dans ces espèces de fractures. Les pansements seront faits matin et soir. Si l'on trouve du pus amassé dans des clapiers, on n'hésite pas à les ouvrir et à y mettre des tubes à drainage.

Il *importe* que le pus ne *séjourne pas*, car en séjournant il croupit, se décompose, et peut fournir à l'absorption les matériaux putrides qui engendrent l'infection purulente.

Les lavages faits on injecte de l'alcool dans la plaie ou on y

introduit des boulettes de charpie imbibée d'alcool ordinaire, sans mélange d'eau ou imbibées d'une solution phénique faible. On recouvre la plaie de compresses aussi imbibées des mêmes liquides et on les enveloppe d'un taffetas ciré.

Certains auteurs recommandent de se servir d'alcool pendant les quinze premiers jours parce qu'il fait contracter les vaisseaux, empêche la suppuration et par conséquent diminue les dangers d'infection purulente, et ensuite on le remplace par l'acide phénique qui excite plus les granulations et entretient un travail régulier de réparation.

Un traitement général par les toniques sera prescrit dans ces cas de fractures compliquées, eau de vie, vin, quinquina, phosphate de chaux, etc.

Le malade prendra aussi tous les aliments réparateurs qu'il pourra accepter, il faudra entretenir la meilleure aération possible dans la salle.

Messieurs, il est une grande question qui se trouve posée par tous les auteurs au chapitre des fractures compliquées de plaies, c'est celle de l'amputation.

Chez l'un de nos trois blessés nous aurions été autorisés à proposer la question d'*amputation primitive*. Mais ce qui nous en a empêché c'est que les dangers de l'amputation n'auraient pas été moindres que ceux auxquels l'exposait sa fracture. Puisqu'il y avait autant de chances de guérison *sans mutilation*, l'amputation n'était donc pas justifiable.

Proposer la mutilation immédiatement après une fracture, cause une perturbation morale qui ajoute aux dangers actuels. Celui au contraire, qui est affecté de tumeur blanche, et qui souffre depuis longtemps dans un lit d'hôpital, considère la mutilation comme une ressource salutaire, c'est ce dont j'ai été souvent témoin dans les hôpitaux de Londres. Le chirurgien disait à ces pauvres malheureux pris de tumeurs blanches depuis des années " demain, nous allons vous couper la jambe," " c'est bien, répondait le malade, j'en suis content."

Dans tous les cas il ne faut penser à l'amputation que dans les fractures avec *grandes* plaies ou avec délabrements *considérables*.

Il est surtout à propos de faire de la chirurgie *canservatrice* lorsqu'on pratique à la campagne ou dans les petites villes, c'est-à-dire lorsqu'on opère sur des sujets qui vivent dans une atmosphère non viciée par l'encombrement. Il ne faut pas cependant proscrire d'une manière absolue l'amputation primitive dans tous les cas de fracture compliquée de la jambe. Lorsque, dans une fracture de jambe, il y a attrition considérable de la moëlle, propagation de la fracture jusqu'à l'arti-

culation voisine, imminence de suppuration dans cette jointure, menace d'infection purulente, etc., etc., les chances de guérison sont plus grandes après une amputation primitive, que sans intervention chirurgicale ; si le blessé étant menacé après un long séjour au lit et une suppuration abondante, de mourir d'*hecticité*, il faudrait recourir à l'amputation secondaire.

Nous vous présentons maintenant les *observations* qui ont fait le sujet de nos remarques : Nous les devons à l'obligeance de M. le Dr Desrosiers, interne de cet hôpital sous la direction duquel les élèves externes ont fait les pansements, 2 fois par jour.

Observation I.—Le 10 février, F* H* âgé de 20 ans, a été frappé, en pleine figure par la manivelle d'un treuil qu'il était occupé à tourner. Le coups a produit une blessure grave à la région du nez. Cette blessure est en forme de V renversé, et s'étend d'un côté sur la ligne médiane du nez et de l'autre sur la joue. Il y a fracture des os propres du nez. Le malade a perdu beaucoup de sang. On remet les os en place, et l'on ferme la plaie externe par des sutures multiples, très rapprochées les unes des autres, dans le but d'obtenir l'occlusion et union par première intention. On recouvre le tout de deux lames de charpie sèche que l'on maintient en place au moyen de bandelettes de diachylon sur lesquelles on applique un tampon de ouate et un bandage exerçant une compression très douce. L'air atmosphérique se trouve ainsi complètement exclu de cette blessure. Les jours suivants le malade va bien. Aucune réaction fébrile. La température reste la même qu'à l'état normal, le 13, on enlève l'appareil et quelques sutures. Le 14 on ôte le reste des sutures. Il y a union par première intention. Pas une seule goutte de pus ne s'est formée à la surface de la plaie. Le nez n'est pas déformé. Aucune complication n'étant survenue, le patient laisse l'hôpital le 21.

Ainsi, nous voyons qu'avec les *sutures très rapprochées,* l'application de la *charpie sèche* qui s'est imbibée de suite de sérosité et de sang, nous avons obtenu l'occlusion complète de la plaie, exclusion de l'air et guérison par première intention. Cette fracture composée a donc été convertie en une fracture simple et a guéri comme une plaie sous-cutanée. Si cette plaie avait suppuré, il est très probable que nous aurions eu nécrose des os du nez avec déformation consécutive.

Observation II.—T* B* agé de 45 ans, tombe d'une hauteur de 27 pieds et se fracture la jambe droite à la réunion du tiers moyen avec le tiers inférieur. La fracture est composée. Ce patient n'entre à l'hôpital que douze jours après l'accident, le 13 février 1881. Pendant ces douze jours il a été traité par un

médecin qui avait appliqué une attelle latérale retenue en place par deux liens fort serrés, ce qui avait grandement gêné la circulation dans le membre et produit une tuméfaction considérable, même des phlyctènes. Cet appareil *primitif* est remplacé par le bandage de Scultet, que l'on refait deux fois le jour. La blessure extérieure est pansée à l'eau phéniquée. On y injecte aussi de l'eau phéniquée au 40e. Un tube à drainage est introduit dans la plaie pour favoriser l'écoulement assez abondant du pus. Ce pus est d'assez bonne nature cependant. Enfin la jambe fracturée est suspendue de manière à ce que le patient puisse changer de position dans son lit sans déranger la juxtaposition des os. Le soir même de l'arrivée du malade le pouls est à 110. Température, 102. Le lendemain matin, pouls 100. Temp., 100°½. Soir, pouls, 92. Temp. 100. Le malade est mis à une diète généreuse, prend la teinture de quinquina composée, comme tonique. Les forces générales se maintiennent assez bien. Du 14 au 31 mars, la température se maintient à une moyenne de 100½ le soir et de 99½ le matin, le pouls variant dans les mêmes proportions. Le 3 mars, la température est à 102°½. On découvre alors un foyer de pus sur la partie latérale interne de la jambe. Ce foyer est ouvert et un tube à drainage y est introduit. Le traitement continue toujours à peu près le même. Viz: injections phéniquées, cératphéniqué sur la surface des plaies, fomentations chaudes, drainage méthodique, compression légère sur le reste du membre (qui est encore tuméfié) au moyen des bandelettes de Scultet. Dès le lendemain, 6, la température tombe à 100½. Du 7 au 21, la température est encore à une moyenne de 100 le soir et de 99 le matin. Pouls, 100 le soir et 92 le matin. L'abaissement de la température est surtout remarquable. Depuis le 14, jour où un second foyer purulent a été ouvert à la partie latérale interne de la jambe. Actuellement, l'état général du patient est bon. L'appétit se maintient. Le sommeil aussi.

Remarques.—Mais dans ce cas-ci la suppuration continue abondante, les décollements sont considérables, ce qui indique une *ostéite profonde* et *étendue*, peut-être même y a-t-il une *ostéomyélite*. Si cet état se prolonge encore quelque temps nous aurons lieu de craindre la fièvre hectique, l'épuisement, etc. Nous nous verrons dans la triste nécessité de lui proposer l'amputation de la jambe au lieu d'élection.

Observation III.—N* P*, âgé de 23 ans, admis le 23 février, pour fracture composée de la jambe droite, à la réunion du tiers moyen avec le tiers inférieur. La cause de la fracture a été directe. La plaie est fermée par trois ou quatre points de

suture, mais une hémorrhagie secondaire assez considérable survient et on panse au perchlorure de fer, puis le membre est mis dans un appareil de Scultet et suspendu. La douleur est considérable. Les deux premiers jours la température n'excède pas 101° Fahr. Le troisième jour survient un frisson considérable, avec température à 103°½, délire. Une collection de pus s'est formée au niveau de la fracture. On enlève l'appareil et on ouvre l'abcès, puis l'on traite ensuite par un drainage méthodique, injections d'eau phéniquée, et pansement avec des fomentations chaudes d'abord, puis avec des applications de cérat phéniqué. L'appareil de Scultet est maintenu, mais le pansement est fait deux fois par jour. A l'intérieur, stimulants et toniques. Diète généreuse. Du 1er au 11 mars, la température offre une moyenne de 100° le soir et de 99° le matin, le pouls à 110 le soir et à 100 le matin. Du 11 au 28, la température se maintient à 99½ le soir et 98½ le matin. La plaie se ferme graduellement. On continue les injections phéniquées. Mais comme le fragment supérieur du tibia a quelque tendance à se déplacer on applique la pointe de Malgaigne qui corrige ce déplacement. L'appétit est bon. Les stimulants sont continués à petites doses, ainsi que les toniques amers et ferrugineux.

Ce qu'il y a eu de remarquable dans ce cas, c'est une hémorrhagie assez abondante et difficile à maîtriser; peu s'en est fallu que nous fûssions obligés de faire la ligature de l'artère tibiale antérieure.

Nous avons rencontré l'année dernière, un anévrysme traumatique de l'artère tibiale à la suite d'une fracture semblable.

Observation IV.— O* B* âgé de 40 ans, tombe d'une hauteur de 37 pieds et se fracture le fémur droit à peu près vers le milieu. La fracture est compliquée. La blessure extérieure n'est pas très grande, mais en introduisant l'index dans l'ouverture, on constate qu'il existe au niveau de la fracture une grande cavité dans les muscles dilacérés. En même temps, il y a fracture du maxillaire inférieur, au niveau de l'angle du côté droit. La cuisse et la jambe sont mises dans un appareil à extension continue perfectionné, usité dans les hôpitaux de New-York, et qui permet au chirurgien de se dispenser de la longue attelle latérale et du bandage périnéal. Un tube à drainage est introduit dans la plaie.

Pendant les cinq ou six premiers jours qui suivent l'accident, le malade présente des symptômes assez alarmants du côté du cerveau, indiquant que cet organe a subi, dans la chûte du malade, une contusion forte. De plus la prostration générale est considérable, le pouls irrégulier et petit, le délire continuel. La température offre une moyenne de 102½ le soir

et de 101½ le matin. Cependant après quelques jours, l'intelligence devient plus lucide, le pouls se relève, le sommeil est bon. La température tombe à 101 puis à 100. Le pouls variant entre 104 et 100. On prescrit les stimulants et les toniques, diète généreuse etc. Deux fois le jour la plaie est pansée à l'acide phénique, on y laisse un tube à drainage et on y injecte de l'alcool camphré pur. Le pus est très fétide et de mauvaise nature tout à fait. Une fusée purulente se déclare à la partie supérieure de la cuisse, une contre ouverture est faite et on y établit un drainage méthodique, injections antiseptiques etc.

Du 5 au 15 mars, la température varie entre 99 à 100. Le 15 elle tombe à 98½ et s'y maintient jusqu'à aujourd'hui (28 mars) autrement l'état général est excellent. Appétit bon. L'appareil est toujours maintenu sur le membre et le pansement ordinaire est fait deux fois par jour. Sommeil bon aussi. Le pus est redevenu de bonne nature.

Aujourd'hui, (50 jours après l'accident) ce malade est en pleine voie de guérison, encore une vingtaine de jours et cette affreuse fracture de la cuisse sera cicatrisée.

Quant à la fracture du maxillaire, nous n'y avons appliqué aucun appareil, vu que le périoste était peu déchiré et qu'il n'y avait pas de déplacement des fragments. La consolidation en est a peu près complète.

La contusion du cerveau nous a causé beaucoup d'inquiétude les premiers jours, mais grâce aux stimulants et aux contre-irritants tout est rentré dans l'ordre.

Témoignage des médecins devant les cours de justice.

Il y a quelques mois, X..., journalier, est blessé par un *quart à fleur* lancé du troisième étage d'une de nos grandes manufactures. Dès que son état lui permet de faire les démarches nécessaires, il intente à la compagnie une action en dommages pour un montant considérable.

MM. les Drs A. Demers, J. A. Desjardins et P. O'Leary comparaissent pour le demandeur et déposent:

" 1° Que leur patient avait eu quelques mois auparavant une fracture de la clavicule et une fracture de côtes; 2° qu'il en était résulté des lésions internes; 3° que vu son âge (57 ans)

la consolidation des os devait être imparfaite; 4° que leur malade courait le risque de rester infirme ou du moins de rester bien longtemps sans pouvoir travailler."

Le montant des dommages devrait suivant eux être calculé d'après l'infirmité probable et la longue perte de temps.

MM. les Drs Brosseau, E. P. Lachapelle et Laramée, appelés par la défenderesse, déclarent unanimement après un examen attentif du blessé :

" Qu'il y avait probablement eu *fracture* de la clavicule, mais sans *déchirure complète* du périoste, sans déplacement important des fragments ; qu'à la date de l'examen la consolidation de la fracture de la clavicule était ferme et solide ; qu'll n'y avait aucune trace de fracture de côtes, ni lésions internes."

Ils firent conséquemment une estimation de dommages bien moindre que celle de leurs confrères.

La Cour, fort embarrassée entre deux opinions aussi contradictoires, fit appeler, comme arbitre, un autre médecin (M. le Dr Hingston) qui, après avoir examiné le blessé, rendit le témoignage suivant :

" J'ai constaté sur le blessé des signes évidents de fracture " de la clavicule dans sa moitié externe.

" Le *périoste* n'a pas été *entièrement déchiré*. Je n'ai pas " constaté de signes de fracture de côtes. J'ai examiné au " stétoscope les organes thoraciques et les ai trouvés dans leur " état normal.

" J'élimine donc complètement la lésion des côtes en appré- " ciant les dommages.

" Il n'est pas difficile d'établir qu'une personne a reçu une " blessure, mais il est très difficile de dire quand le blessé " pourra reprendre ses travaux habituels, soit partiellement, " soit complètement.

" Voici mon évaluation, qu'il est facile de convertir en un " montant équivalent en argent. Je suis d'opinion que durant " les *trois* premiers mois le blessé était tout-à-fait incapable de " travailler ; que durant les *trois* mois suivants, il était capable " de travailler, mais durant une partie de la journée seulement ; " durant les autres *trois* mois, la moitié du temps et durant les " *trois* derniers mois de la première année les trois quarts du " temps.

" Si l'on me demande de dire pour quel laps de temps encore " la blessure qu'il a reçue, lui nuira dans l'exercice de son état, " je dirai : pour *douze* mois (2e année après l'accident) en pro- " portion de *vingt* pour cent, pour *douze* autres mois (3e année) " en proportion de douze pour cent. Quant aux *douze* mois " suivants (c'est-à-dire durant la 4e année) après l'accident, je

" crois que sa blessure ne lui nuira plus, et qu'il n'est pas " probable qu'il lui advienne de nouvelles complications."

D'apres ce dernier témoignage, la défenderesse devrait donc être condamnée à payer au demandeur outre les dommages pour les souffrances endurées, les honoraires des médecins, etc., etc., etc.,; presque tout son salaire la première année; vingt pour cent pour la deuxième année, et douze pour cent la troisième année puisque c'est là la proportion *en moins* d'ouvrage qu'il pourra faire.

Quant à la quatrième année on n'a pas osé y appliquer des dommages.

Dans cette appréciation, il faut bien se rappeler qu'on n'a affaire qu'à une *simple fracture* de la clavicule, sans *déchirure complète* du *périoste*, circonstance qui favorise si avantageusement l'union osseuse, puisque le périoste encore résistant maintient les fragments en juxtaposition; et cette simple fracture rendrait un homme fort et vigoureux, comme le demandeur, plus ou moins incapable de travailler *trois* longues années durant!

Il y a là une exagération que je ne saurais admettre.

Appellons-en à des juges compétents, ouvrons nos auteurs classiques et que les médecins qui exercent depuis quelques années se rappellent les cas analogues qu'ils ont rencontré et jugent par eux-mêmes.

Qu'il me soit permis de faire ici un résumé des meilleurs auteurs sur la formation et la consolidation du cal dans les *fractures simples* et de donner aussi leur pronostic sur la fracture de la clavicule. Follin et Duplay, Erichsen, etc.

Les expériences multipliées faites sur des animaux ont permis de suivre jour par jour la marche de la *formation du cal* et de constater la plus parfaite analogie entre ce que l'on découvre chez les animaux et ce que l'on constate dans l'espèce humaine: il est donc possible de faire une histoire exacte des périodes que parcourt le travail de réparation osseuse.

Les théories et les hypothèses d'autre fois ont été élucidées.

Immédiatement après la production d'une *fracture ordinaire* dans un os long, du sang et de la lymphe plastique s'épanchent entre les fragments, s'infiltrent dans le canal médullaire et pénètrent les parties molles voisines.

Le périoste souvent peu déchiré retient encore les fragments en juxtaposition.

L'épanchement sanguin est resorbé au bout de huit à dix jours.

L'union des fractures a lieu par l'intermédiaire d'une matière plastique qui se transforme graduellement en tissu osseux.

Durant cette *première période*, qui dure une dizaine de jours, les fragments sont mobiles dans le sang et la lymphe épanchée.

La *deuxième période* est constituée par l'organisation *fibro-cartilagineuse* de cette lymphe plastique.

La troisième période est caractérisée par l'envahissement des *ostéoplastes.*

L'ossification est achevée entre la huitième et la dixième semaine et le blessé peut commencer à se servir de son membre.

La fracture est alors assez solidement unie. Le cal finit par ressembler au vieil os en dureté et en structure vers le *sixième* ou *huitième* mois.

L'ossification du *cal provisoire* est alors parfaite.

La différence entre l'union d'une fracture *simple* et d'une fracture compliquée de plaie est la même que la différence qu'il y a entre la guérison d'une plaie sous cutanée et celle d'une plaie ouverte—c'est-à-dire que la fracture simple guérit rapidement je dirais par première intention, tandis que la fracture composée guérit par suppuration.

Dans le cas actuel, la fracture était des plus simple avec conservation du périoste, d'après le témoignage même du médecin appelé comme arbitre.

Une chose étonnante, c'est que les médecins de la défenderesse et le médecin appelé comme arbitre posent les mêmes prémices et en arrivent ensuite à une conclusion si différente. La logique a dû faire défaut chez quelqu'un. On admet que les dommages doivent être calculés d'après une *simple fracture* de la clavicule, et on arrive à la conclusion que le blessé sera plus ou moins empêché de travailler pendant *trois ans.*

Voici le pronostic des différents auteurs sur la fracture simple de la clavicule.

Nélaton.—" L'union de la clavicule avec difformité ne gêne en aucune manière le bon fonctionnement du membre."

Gosselin.—" Les cals difformes ne gênent en aucune façon les fonctions du membre, mais c'est un désagrément pour les femmes jeunes qui aiment à se montrer les épaules nues."

Erichsen.—" La clavicule est plus souvent fracturée qu'aucun autre os du corps humain."

" La clavicule étant un os spongieux et très vasculaire l'union en a lieu rapidement. On a constaté l'union après 27 jours."

" Un homme peut après la guérison lever un poids aussi lourd avec le bras lésé qu'avec le bras sain."

Ashhurst dit: " quant à la vie du patient et à l'utilité de son membre, le pronostic de la fracture de la clavicule est très favorable, mais la guérison sans difformité est très rare quand la fracture est au milieu de l'os."

D'après l'opinion unanime des hommes de science, il est donc logique de conclure 1o que la fracture simple de la clavicule est une lésion très peu grave; 2o que l'union et la consolidation osseuse ont lieu rapidement, c'est-à-dire, dans l'espace de six à huit semaines. Le demandeur en cette cause, se trouvant dans les conditions ci-dessus mentionnées, n'avait donc pas droit à plus de trois ou quatre mois de salaire, disons au plus six mois; plus une somme en argent en compensation des souffrances endurées. Nous croyons cette estimation juste et raisonnable—conforme aux saines données de la science.

Les cas nombreux de fracture *simple* de la clavicule, que nous avons eu occasion d'observer, viennent à l'appui de notre appréciation, et ne nous ont jamais fourni l'occasion de faire du pronostic à 12 ou 20 pour cent pendant trois ans.

M. D.

REVUE DES JOURNAUX.

PATHOLOGIE ET CLINIQUE MÉDICALES.

Pneumonie, *Traitement;* par M. le docteur BLACHEZ, médecin de l'hôpital Necker.—Il y a une trentaine d'années, tout médécin qui fût resté, les bras croisés, simple spectateur d'une pneumonie, eût été considéré comme faisant acte d'homicide. Il y avait pour ainsi dire des traditions qui s'imposaient au praticien, traditions que confirmait encore la lecture des livres spéciaux. On cherchait alors à combattre la maladie surtout par des émissions sanguines, et les médecins se divisaient en deux camps: les saigneurs à outrance et les saigneurs relativement modérés.

Les premiers tiraient à leur malade jusqu'à sept livres de sang, pratique véritablement monstreuse qui fut cependant suivie, pendant un certain temps, par les plus grands noms de la médecine; on saignait alors jusqu'à deux et même trois fois par jour. Aussi, lorsque le malade résistait à la fois à la maladie et au traitement, il restait longtemps, après sa guérison, dans une anémie profonde et dans un état de faiblesse extrême.

D'autres, comme Sydenham, comme Stolz, etc., saignaient

avec moins de violence, et, bien qu'ils fussent considérés comme très modérés, ils saignaient encore quatre et cinq fois pendant le cours de la maladie.

Ce traitement est aujourd'hui heureusement en partie abandonné, même par celui qui fut un de ses plus fermes promoteurs, par M. Bouillaud.

Celui-ci avait ainsi formulé le traitement de la saignée : Quel que soit l'état du malade, saignez-le dès son entrée à l'hôpital, et appliquez-lui des ventouses ; le lendemain, saignez-le de nouveau et de nouveau aussi faites-lui une application de ventouses ; et le troisième jour après une nouvelle saignée, la maladie sera jugulée, c'est-à-dire qu'une détente survenant dans l'état du malade, on le laissera se reposer. Mais si, contrairement à toute attente, le souffle persiste, pratiquez une nouvelle saignée, appliquez de nouveau les ventouses et posez un vésicatoire. Enfin, si le huitième ou le neuvième jour le mal persiste, saignez de nouveau.

M. Bouillaud avait cru voir ainsi la mortalite s'abaisser à 20 p. c. par le traitement qu'il préconisait avec tant d'ardeur. Ce résultat paraissait magnifique dans une affection que l'on considérait alors comme très-grave, ce dont on est aujourd'hui complêtement revenu.

Rasori, un médecin italien, mort en 1839, reprenant les théories émises par un médecin anglais du siècle dernier, Brown, créa la doctrine du *stimulus* et du *contre-stimulus* de deux forces opposées se faisant équilibre, et imagina pour la pneumonie une autre méthode de traitement, en associant d'abord l'émétique, le tartre stibié à la saignée ; mais on se demande comment un malade pouvait résister à un pareil traitement, comment il pouvait résister à six ou huit saignées augmentées d'une quantité d'émétique qui n'était pas moindre de 60 grammes administrés par dose de 2, 3 ou 4 grammes par jour. Mais bientôt lui-même abandonna la saignée pour ne plus employer que le tartre stibié, c'est-à-dire une médication contro-stimulante.

C'est cette médication que Laennec, tout en la tempérant, a mise également en honneur en administrant chaque jour à ses malades de 20 à 30 centigrammes d'émetique, auquel il ajoutait un peu d'opium, afin que l'estomac pût le tolérer et que le malade n'eût pas de vomissements. Lorsque la tolérance était bien établie, il élevait la dose à 40 centigrames.

Laennec publia de nombreuses observations de succès ; mais celles-ci, aujourd'hui que l'on connait la marche de la maladie et sa bénignité dans bien des cas, manquent absolument d'autorité.

En 1850, un médecin viennois, Skoda, grand observateur, qui avait fait une étude spéciale de la pneumonie, pensa qu'on pouvait la traiter sans tout cet appareil, et que la thérapeutique pouvait, en bien des cas, se borner tout simplement à surveiller la marche de la maladie.

Peut-être l'homœopathie n'a-t-elle pas été étrangère à cette résolution d'abandonner la maladie à elle-même ; en effet, M. Marotte, entendant vanter constamment les succès obtenus dans la pneumonie par les doses infinitésimales ordinaires, eut l'idée de laisser la maladie suivre son cours naturel sans intervenir d'une façon active, à moins que l'état du malade ne présentât des complications exigeant l'emploi de moyens thérapeutiques spéciaux. Ses essais, faits avec une grande prudence, furent couronnés d'un plein succès, et les bulletins de statistique qui furent alors publiés produisent un étonnement inouï : la mortalité était tombée à 9 p. c.

Bien plus, les observations rapportées par Bennet, d'Edimbourg, de pneumonies auxquelles on ne donnait que des alcalins, abaissèrent encore ce chiffre à 4 p. c.

Ces recherches eurent le mérite de faire connaître aux médecins une chose, jusqu'alors lettre close pour eux, à savoir que la pneumonie, dans les conditions ordinaires, suivait une marche naturelle, avec une durée totale de huit a neuf jours. Mais à côte de ces faits, il est nécessaire aussi de savoir que cette maladie n'a pas toujours un processus aussi régulier, et que l'on a parfois des pneumonies, pour ainsi dire, déviées.

Mais ici, comme en toutes choses, on devient très facilement exclusif, et c'est à cet exclusivisme même que Legendre, malgré les suqqlications de ses confrères pour se laisser traiter, dut de succomber au onzieme jour d'une pneumonie pour laquelle il avait refusé toute medication.

Barthez fit, sur les enfants de son service à l'hôpital Ste-Eugénie, les mêmes observations que Marotte, et sur 312 cas, il n'eut que deux morts. Sa médication avait consisté dans un seul vomitif, des boissons émollientes, quelques juleps diacodés, et rien autre.

Mais il ne faut pas s'y tromper, l'expectation est eucore un traitement par les soins que vous donnez au malade, d'abord de le soustraire au froid, de lui crdonner une diète à peu près-absolue, enfin, de lui administrer des boissons chaudes additionnées d'un peu de lait.

Eh bien, il y a seulement 25 ou 30 ans, un médecin qui eût ainsi à peu près abandonné la maladie à elle-même, non-seulement eût été renvoyé par la famille de son client, mais encore il eût couru grand risque d'être actionné en dommages-intérêts.

Enfin, si nous continuons l'historique du traitement de la pneumonie, nous dirons que, plus récemment encore, quelques médecins ont prétendu que toutes les maladies aiguës ayant une marche déterminée à l'avance, la seule médication à laquelle on dût avoir recours était de mettre le malade en état de résister au mal qui tendait à le déprimer, en relevant ses forces par des toniques et des excitants, notamment par l'alcool.

C'est ainsi que dans la pneumonie on a conseillé l'alcool à doses d'autant plus élevées que le malade était plus faible, plus adynamique.

Béhier, l'un des premiers a appliqué cette méthode par l'alcool, préconisée surtout en Angleterre, et la statistique de son service de la Pitié, lui donna, en 1865, 29 guérisons sur 36 malades.

Nous venons de passer en revue les différentes méthodes qui ont eu cours pour le traitement de la pneumonies depuis le commencement de ce siècle, et au milieu d'observations souvent contradictoires, le médecin serait parfois bien embarrassé s'il n'avait, dans l'état du malade, dans les indications fournies par la marche même de sa pneumonie, un guide à suivre avec toutes chances d'arriver au but.

Ainsi, avez-vous affaire à une pneumonie peu étendue chez un sujet jeune et vigoureux, vous pouvez le plus souvent rester dans l'expectation et vous contenter d'ordonner des boissons émollientes et quelques potions diacodées. Chez le même individu, la douleur du côté est-elle vive et trop pénible, n'hésitez pas à faire des applications de ventouses scarifiées.

Si le malade présente une forte oppression, si ses crachats sont fortement teintés, vous pouvez sans crainte pratiquer une saignée, car vous verrez, dans la plupart des cas, celle-ci produire immédiatement un résultat favorable.

Par contre, chez les enfants et les vieillards, méfiez-vous des saignées par la dépression fatale qui peut s'en suivre.

On ne saigne plus aujourd'hui les enfants, mais on les fait vomir, et s'ils tendent à s'affaiblir, on leur donne un peu d'alcool.

Si, chez les vieillards, la saignée est contre-indiquée, à moins d'avoir affaire à un vieillard exceptionnellement vigoureux, les ventouses scarifiées seront, au contraire, recommandées par leur action révulsive et la petite évacuation sanguine qu'elles produisent.

En thèse générale, ne saignez donc que les gens vigoureux, présentant un état fébrile très prononcé et surtout ne le saignez qu'une ou deux fois au plus.

Quant à la médication stibiée, il est un certain nombre de pneumonies qui revêtent une forme bilieuse — forme surtout bien étudiée par Stolz—dans lesquelles les vomitifs par l'émétique vous rendront de bons services, mais l'émétique à petite dose, et non pas comme contre-stimulant, à la façon de Rasori.

Dans ses dernières années, Trousseau avait remplacé l'émétique par le kermès et par la digitale.

Je ne suis pas, je l'avoue, très partisan de la médication stibiée, qui, d'après un certain nombre de médecins, aurait une influence dépressive fâcheuse sur le cœur, et je lui préfère la digitale. Celle-ci me paraît d'une médication plus rationnelle en ralentissant la circulation et deprimant le pouls, bien que, parfois aussi, elle ait une action un peu irritante sur la muqueuse stomacale et donne lieu à quelques vomissements.

Aussi, bien que la digitale me paraisse devoir atténuer favorablement les accidents aigus de la maladie, ne l'imposerai-je pas à toutes les malades atteints de pneumonie, tous ne la supportant pas également bien.

Enfin, j'arrive aux vésicatoires qui sont toujours employés, mais que je réserve, en général, pour les derniers jours de la maladie, dans les cas où la résolution ne me paraît pas survenir assez rapidement. Mais je ne les fais jamais appliquer au début de la maladie, où ils ne produisent aucun résultat avantageux, tandis qu'il n'en est pas de même au déclin de la pneumonie.

Vous voyez donc, en résumé, qu'il ne saurait y avoir une méthode généralement applicable à tous les cas indistinctement, mais que nous conseillons:

1° Pour les uns, une expectation prudente, raisonnée, lorsque rien n'indique que l'on doive avoir recours à une médication active, et je ne range ni la digitale, ni le kermès dans une médication active;

2° Pour les autres, c'est-à-dire les cas où on remarquera une fièvre très-vive, une oppression considérable, et les différents symptômes que nous avons énoncés plus haut, nous n'hésiterons pas à ordonner les antiphlogistiques, la saignée et les ventouses scarifiées.

Enfin, chez les malades qui présentent une assez grande dépression, une sorte d'état adynamique, nous conseillerons le traitement par l'alcool.—*Revue Médicale.—Le Scalpel.*

—

Note sur le microbe de la diphthérie, par Ch. Talamon, ancien interne des hôpitaux.—J'ai l'honneur de montrer à la société le microbe que je suppose être l'organisme spécifi-

que de la diphthérie. Je dois dire, tout d'abord, que mes recherches et mes expériences, bien que poursuivies depuis près de cinq mois, ne sont pas complètement terminées, ce qui explique la restriction que j'ai faite en commençant. Si je me décide à faire aujourd'hui cette communication, c'est uniquement pour prendre date.

La plupart de mescultures ont été faites à l'aide de fausses membranes provenant du service de M. Bergeron, à Sainte-Eugénie. Grâce à son obligeance et à celle de son interne, M. Suss, j'ai pu recueillir un certain nombre de ces fausses membranes détachées soit des amygdales, soit de la trachée, ou rendues par la cranule après la trachéotomie. Je ne tiendrai compte ici que des cas qui m'ont fourni des résultats certains. La discussion des faits douteux ou négatifs m'entraînerait trop loin ; j'y reviendrai plus tard dans un travail plus complet.

Les faits positifs sont au nombre de huit ; tous sont des cas d'angine toxique, diphthérie vraie, soit purement pharyngée, soit avec extension au larynx et à la trachée. Les cas d'angine avec croup sont au nombre de deux ; dans ces deux cas, la fausse membrane cultivée a été prise dans la trachée, et a donné le même organisme que les fausses membranes amygdaliennes. Dans un cas d'angine, le premier où j'ai trouvé le microbe que je mets sous vos yeux, j'ai pu suivre la diphthérie depuis le début jusqu'à la guérison. Le malade était un homme de vingt ans, couchant dans la même chambre qu'un de ses amis atteint de diphthérie toxique, il sentit, le jour même de la mort de celui-ci, un léger mal de gorge. Le lendemain, il vint à l'Hôtel-Dieu, et l'on constata la présence de fausses membranes gris-verdâtres sur les deux amygdales et un engorgement ganglionnaire déjà considérable. Chaque jour, j'ai fait plusieurs cultures de ces fausses membranes, et, pendant les dix jours qu'a duré la maladie, constamment j'ai obtenu le même organisme. Les fausses membranes disparues, le mucus de l'arrière-gorge, cultivé à plusieurs reprises, n'a plus rien donné.

Ce cas est le seul, où j'ai pu suivre ainsi, jour par jour, la maladie. Pour les autres, j'ai dû me contenter de prendre des fausses membranes une fois seulement pour chaque malade. Voici l'organisme que les cultures ont donné dans les huit cas.

Cet organisme ne ressemble ni au *Zygodesmus fuscus* de Letzerich, que personne d'ailleurs n'a revu, pas même Letzerich, ni au *tillétia diphtherica*, sur lequel l'auteur allemand s'est rabattu après avoir abandanné le zygodesmus, ni au *mi-*

crosporon de Klebs, qui n'eut qu'un micrococcus. C'est un champignon facile à voir et à reconnaître, dont j'ai pu suivre et étudier le développement dans tous ses détails, soit dans de grandes cultures multipliées, soit dans la chambre humide.

A l'état de complet développement, il se présente sous la forme de mycélium et de spores caractéristiques. Les mycéliums sont tantôt sous forme de longs tubes, cloisonnés de distance en distance, d'une réfringence spéciale, en général très clairs; ils ont depuis 3 jusqu'à 4 et 5 millièmes de millimètres de large. Quand les conditions de croissance sont bonnes, ils s'allongent extrêmement, se biffurquent de temps à autre, et les bouts bifurqués sont par eux-mêmes très caractéristiques; ils dessinent par leurs deux branches légèrement incurvées, une figure qu'on ne peut comparer plus exactement qu'à une lyre ou à un diapason. D'autres fois, les mycéliums ne s'allongent pas ainsi; tout en se multipliant de manière à couvrir rapidement la surface du liquide de culture, ils restent courts, prenant des formes bizarres, dont la plus commune peut être comparée à une béquille; il existe alors une foule de bâtonnets droits, de 3, 4 millièmes de millimètres de large, sur 15, 20, 40 millièmes de long.

Les spores sont de deux espèces: des spores rondes ou ovales qu'on peut appeler les spores de germination, et des spores rectangulaires qui représentent le dernier terme de développement du champignon et que nous appellerons des *conidi·s*. Ces dernières caractérisent l'espèce; elles ont la forme de petits rectangles dont la grandeur est très variable; la largeur varie de 1 à 2 jusqu'à 7 et 8 millièmes de millimètres et quelquefois plus. Leur longueur varie de même depuis 5 à 1 jusqu'à 10 et 15 millièmes de millimètres. Tantôt elles sont isolées, tantôt réunies par 2, 3; très souvent en chapelets de 10, 12, 15 grains, ou en chaînettes brisées en zigzags. Homogènes d'abord, elles se remplissent bientôt de petits grains ronds, très brillants, du volume des micrococcus ordinaires, et, qui, pour moi, sont le véritable germe du champignon; je me borne pour le moment à ces quelques observations.

Les spores rondes ou légèrement ovales sont celles dont l'allongement constitue le mycélium; ces spores apparaissent commes des points clairs de 3, 4, 5 millièmes de millimètres de diamètre, au milieu d'une matière granuleuse disposée en amas plus ou moins étendus, qui représentent ce qu'on appelle des *zoogtœa*. Ces spores s'allongent par un de leurs pôles en un tube de 2, 3, 4 millièmes de millimètres de diamètre, qui va dès lors s'étendant et se bifurquant comme je l'ai dit plus haut. Quand l'allongement du mycélium est à son début,

l'aspect de la spore munie de ce prolongement rappelle la forme d'un têtard.

Les différentes phases du développement de ces spores et des conidies sont très curieuses à étudier, mais je ne veux pas y insister dans cette note. J'arrive aux inoculations et aux injections que j'ai faites à divers animaux.

Dans cette question de la recherche des microbes, on ne peut se contenter d'isoler par la culture l'organisme qu'on suppose la cause première de la maladie. Il ne suffit pas non plus que l'organisme inoculé tue l'animal en expérience. Il faut, et c'est ce qui rend la question si ardue, reproduire, si c'est possible, chez l'animal, la maladie qu'on attribue au microbe, ou du moins, démontrer, par la culture des divers organes, que c'est bien l'organisme inoculé et non la septicémie qui a déterminé la mort. Or, malgré les affirmations des auteurs allemands, personne n'a reproduit jusqu'ici la diphthérie. Letzerich et Klbs disent l'avoir fait chez des lapins: ils ont tué des lapins, c'est vrai, l'un en leur injectant le *zygodesmus fuscus* pendant une première période et le *tilletia* pendant une seconde; l'autre, en leur inoculant le *microsporon;* mais, ni l'un ni l'autre n'ont reproduit la diphthérie, car ni l'un ni l'autre n'ont reproduit de fausses membranes, et la rapidité avec laquelle mouraient leurs lapins donne à croire que cette mort était le résultat d'une infection septique et non d'autre chose.

J'ai inoculé sur la muqueuse buccale et nasale ou fait ingérer le microbe que j'ai décrit à six lapins, deux cobayes, quatre grenouilles, un coq, quatre pigeons. Les six lapins sont morts au bout de six, huit, dix, dix-huit jours. Le premier est mort au bout de six jours avec un gonflement énorme du cou, tout à fait comparable à l'œdème des diphthériques. Ce gonflement était formé par une infiltration sérieuse du tissu cellulaire et la culture de cette sérosité a redonné le microbe avec des conidies caractéristiques. Le lapin mort au bout de dix-huit jours, après ingestion de liquide contenant le microbe, avait une pleurésie fibrineuse double avec épanchement; le liquide épanché aussi bien que les fausses membranes ont redonné par la culture l'organisme inoculé. Chez tous les lapins, d'ailleurs, j'ai retrouvé, souvent avec le microscope seul, d'autres fois par la culture, le microbe constamment dans la sérosité du péritoine, très souvent, dans le péricarde, souvent aussi dans les reins. Jamais la culture du sang pris dans le cœur n'a redonné l'organisme. Le plus souvent, le liquide restait clair; parfois il s'y développait des bactéries vulgaires.

Des deux cobayes, un seul est mort; l'autre a résisté. J'ai

fait avaler à trois grenouilles des flocons de mycélium, à deux ou trois reprises; les grenouilles replacées dans leur bocal sont mortes huit, dix et onze jours après la dernière ingestion. Elles étaient pour ainsi dire farcies du microbe. Dans la lymphe sous-cutanée surtout et dans le grand sac lymphatique, l'organisme avait cultivé en abondance. Ici encore, le liquide du péritoine a reproduit par la culture le microbe, mais le sang pris dans le cœur qui battait encore n'a rien donné dans un cas; dans un autre, il a donné des bactéries. Deux de ces grenouilles étaient en plein rut; la femelle avait l'abdomen rempli de frai; la grenouille mâle avait les testicules gros comme des haricots et gonflés de sperme. Le sperme et le frai cultivés ont donné le microbe diphthérique. De sorte que si la fécondation avait pu se faire, les têtards de ces deux grenouilles auraient pu avoir, en naissant, le germe de la diphthérie.

J'ai placé la quatrième grenouille dans l'eau où avait vécu une des grenouilles inoculées. Cette eau contenait de nombreuses conidies. Au bout de dix jours la grenouille était morte, et j'ai retrouvé l'organisme disséminé par tous ses tissus.

Chez les grenouilles, c'est dans l'estomac que paraît se faire la lésion principale. La muqueuse était tapissée d'une épaisse couche de mucus visqueux jaunâtre, consistant, formé au microscope de cellules épithéliales, de granulations et de gouttes de graisse, de nombreux micrococcus et d'un certain nombre de conidies rectangulaires. La quatrième grenouille avait, en outre, une inflammation intense de toutes les tuniques stomacales. L'estomac apparaissait en effet avec une coloration rouge diffuse, aussi bien à l'extérieur qu'à l'intérieur, et la surface péritonéale était couverte de fausses membranes fines et récentes.

J'ai fait avaler au coq quelques flocons de mycélium. Au bout d'une huitaine de jours, voyant qu'il ne paraissait pas malade, j'ai voulu le refroidir et je l'ai laissé pendant vingt-quatre heures les pattes dans l'eau, suivant le procédé employé par Pasteur pour la réfrigération des poules charbonneuses. La température, de 42 degrés est tombée en effet à 38. Malheureusement, la planche à laquelle le coq était attaché a glissé dans l'eau, et la bête s'est noyée. A l'autopsie, j'ai trouvé la muqueuse du jabot tapissée d'une foule de points blancs gros comme des lentilles; ces points, examinés au microscope, étaient formés d'épithélium rempli de granulations, de gouttelettes de graisse, de micrococcus, et d'un grand nombre de spores rectangulaires.

Enfin, chez les quatre pigeons j'ai réussi à reproduire les fausses membranes diphtéritiques. En grattant rudement avec

la lame d'un bistouri la surface de la muqueuse et en badigeonnant ensuite l'extérieur de la bouche avec le produit de culture, j'ai vu se développer, au bout de vingt-quatre heures, une épaisse membrane qui tapissait les deux côtés de la bouche, la langue, le voile du palais, l'arrière-gorge; cette fausse membrane était d'un blanc jaunâtre et formée, comme les fausses membranes pharyngiennes et amygdaliennes de l'homme, de cellules épithéliales, de graisse, de coccus et de bactéries; il y avait fort peu de conidies rectangulaires; mais cultivée, cette fausse membrane redonnait constamment l'organisme. Je n'y ai pas vu de fibrine. Deux des pigeons sont morts au bout de trois jours; l'un avait l'entrée du larynx aussi recouvert de fausses membranes, et la trachée pleine d'un mucus épais dont la culture reproduisait le microbe. Le liquide du péritoine et du péricarde, des reins, cultivés, le reproduisaient aussi. Mais, comme chez les lapins et les grenouilles, le sang du cœur n'en contenait pas et les ballons ensemencés avec ce sang restaient clairs. Le troisième pigeon est resté malade une huitaine de jours; les fausses membranes se sont détachées d'elles-mêmes et il a guéri. Le quatrième est actuellement en observation.

Ces différentes expériences présentent des particularités sur lesquelles je ne veux pas insister ici et qui seront mises en relief plus tard. J'ai voulu seulement montrer que j'avais isolé un microbe qui, à plus juste titre que le *tilletia* de Letzerich et le *microsporon* de Klebs, peut être regardé comme la cause de la diphthérie, puisqu'il reproduit ce que ces expérimentateurs n'ont jamais obtenu, la fausse membrane. Quant à la nature et à l'origine de ce champignon, que je crois connaître, je les discuterai dans un prochain travail; mais, cela ne peut être fait utilement qu'en toute connaissance de cause, et, je l'ai dit, ma certitude à cet égard n'est pas complète.—*Le Progrès médical.*

Les syphilis ignorées.—M. Louis Jumon, d'après l'enseignement du professeur A. Fournier, traite, dans sa thèse de doctorat, l'importante question des syphilis ignorées. " Un malade adulte, dit l'auteur, se présente avec une lésion qui, après examen minutieux, semble, par sa marche et ses caractères objectifs, ne devoir être rapportée qu'à la syphilis. On interroge le malade sur ses antécédents spécifiques: pas de résultat; le malade nie avoir eu la série des accidents qu'on lui énumère. Il affirme n'avoir jamais eu la syphilis. Cependant, le médecin passe outre, et institue le traitement spécifique; et l'on voit la lésion, jusqu'alors stationnaire ou pro-

gressive, guérir avec cette rapidité qui en démontre la nature. La lésion était bien syphilitique (cela est démontré par le résultat du traitement); mais le malade ignorait sa maladie: " *il avait la syphilis sans le savoir.*" Voilà la définition de la syphilis ignorée.

La syphilis est, ou paraît ignorée, selon que les premiers accidents ont passé inaperçus, ou que le malade nie tout antécédent de vérole. Dans bien des cas, on veut cacher la " *maladie honteuse.*" Les femmes surtout, d'après M. Fournier, sont, à cet égard, étonnantes de sang-froid et d'aplomb, soit qu'elles y mettent cette sincérité naïve à laquelle les plus sceptiques se laissent prendre, soit qu'elles s'écrient avec indignation: " Jamais je n'avouerai cette maladie; on me couperait plutôt en morceaux!"

La vérole est donc souvent dissimulée; mais la bonne foi existe parfois dans la négation, et la syphilis ignorée est loin d'être rare, si l'on en juge, du moins, par les statistiques du prof. Fournier. La syphilis ignorée est plus commune chez la classe pauvre que chez les riches, dans le sexe féminin que dans le sexe masculin. On comprend aisément ces différences, si l'on songe à l'incurie forcée des gens du peuple pour leurs personnes, et à l'ignorance relative où vit la femme, dans nos sociétés modernes. Enfin la syphilis ignorée, dans la période tertiaire, est presque quatre fois plus fréquente que dans la période secondaire.

On a rattaché parfois les syphilis sans antécédents à l'hérédité tardive. Le fait est possible, mais rare. Le Dr Jumon estime que presque tous les cas semblables observés chez des adultes ne sont que des syphilis dont le passé reste ignoré du sujet. Quant au diagnostic *qualificatif* des lésions elles-mêmes, il se fait par la pierre de touche du traitement spécifique: *naturam morborum curatio ostendit...*

La vérole d'emblée, c'est à-dire *sans chancre*, est en train de rejoindre, dans le chaos des erreurs pathogéniques, le fameux *bubon d emblée*, admis par tant d'écrivains de mérite, et que le Dr Ch. Mauriac, l'éminent syphiliographe du Midi, a rejeté dernièrement de la pathologie par des considérants indiscutables. Aucune observation précise ne démontre l'existence de l'entité " vérole d'emblée": pour y croire, il faudrait nous montrer un exemple d'inoculation non suivie de chancres, et amenant des accidents secondaires.

La syphilis reste parfois méconnue, parce que le chancre est extra-général. Le public ne saurait considérer comme chancre une ulcération primitive syphilitique de la bouche, de l'abdomen, de la cuisse, etc., surtout lorsque l'infection survient en.

dehors de tout commerce vénérien. Dans cette classe, se rangent, les contaminations par un enfant, un baiser, un verre, une cuiller, une pipe, une canule d'irrigateur, un médecin, une sage-femme, un spéculum, un instrument destiné à sonder la trompe d'Eustache; enfin, l'infection produite par les pratiques vaccinales. (Voir les observations.)

Le chancre peut encore passer inaperçu, parce qu'il est profondément situé dans le vagin, sur le col utérin, sous une balano-posthite, etc., et que l'incurie et la négligence empêchent de le chercher; d'autres fois, c'est la certitude, bizarre d'ailleurs, de ne pas être contaminé par la *femme honnête, incapable d'être syphilitique* (comme l'est toujours, d'ailleurs, la femme que l'on a choisie pour maîtresse).

La syphilis reste souvent ignorée de la femme, parce que l'homme qui lui a communiqué la maladie s'efforce de rassurer sa victime et de la tromper (ce qui est généralement facile) sur la nature des accidents; de plus, les faits de syphilis par conception (enfant procréé par un syphilitique contagionnant la mère *in utero*), faits qui expliquent l'immunité de la mère qui allaite à l'égard de son enfant syphilitique, expliquent aussi comment peut s'installer chez la femme une syphilis ignorée.

Souvent le chancre est une érosion superficielle, petite, indolente et passagère, qui passe pour une écorchure de coït, une ulcération d'herpès, un chancre mou. Les accidents secondaires, les syphilides, les adénopathies, les angines, l'alopécie, la céphalée, les plaques anales, l'iritis lui-même, reçoivent du malade une interprétation pathogénique banale, surtout quand ces accidents (ce qui est fréquent) sont très légers.

Les conséquences de la syphilis ignorée sont graves à cause de l'absence du traitement. Nous savons, dit M. Jumon, que les syphilis tertiaires sont quatre fois plus fréquemment ignorées que les syphilis secondaires. Si, maintenant, l'on compare la fréquence de ces mêmes syphilis tertiaires méconnues au total des syphilis tertiaires sans distinction, on trouve que, sur 26 syphilis tertiaires, 10 sont restées méconnues. S'il était possible sur les 16 autres cas, de pouvoir distinguer celles qui ont été insuffisamment traitées, on saurait l'influence de l'expectation sur la marche ultérieure de la vérole. Bien des lésions tertiaires sont d'un diagnostic facile; mais, s'il s'agit de lésions viscérales (foie, poumons, cœur) et surtout de certaines lésions cérébrales, l'erreur devient facile, et l'absence du traitement spécifique est généralement fatale au malade. Enfin, la vérole ignorée, c'est-à-dire non traitée, est singulièrement funeste à la descendance.

Les médecins doivent tous méditer le mot bien connu de l'illustre Rayer : " Quand je ne vois pas clair dans quelque chose, je flaire la vérole ; et bien m'en a pris, en mainte occasion, de prescrire le traitement de la vérole, alors que les malades récusaient tout antécédent suspect. Car la science du médecin doit primer toujours les allégations du malade, même de bonne foi. "

Conclusions. L'absence de commémoratif n'a pas de valeur. —Le diagnostic porté, il faut instituer le traitement spécifique même à titre d'essai, parce qu'il n'est généralement pas dangereux quand il est bien dirigé, et parce qu'il est indispensable au malade syphilitique.

Nous ne voulons pas décerner de louange banale à la thèse de M. Jumon. Elle constitue, avec les intéressantes observations dont elle est accompagnée et dont nous ne pouvons ici donner le détail, une véritable monographie de la *syphilis ignorée.—Revue de thérapeutique médico-chirurgicale.*

—

Guérison spontanée de la tuberculose pulmonaire. —Le docteur Heilter examine, au point de vue de la guérison spontanée de la phthisie, les poumons de 16,562 cadavres. Sans compter tous les cas de cicatrices douteuses, ou d'adhérences pleurales, Heilter a trouvé 780 foyers caséeux guéris, sur des sujets morts d'affections absolument étrangères à la tuberculose. Sur ces 780 sujets, il a noté 503 hommes, 277 femmes. Au point de vue de l'âge : répartition égale de vingt à soixante cinq ans.

Un de ces morts avait 101 ans, un autre 103 ans ! Tous ces sujets appartenaient à la classe ouvrière. Les lésions consistaient en noyaux cicatriciels fortement pigmentés, très noirs et entourés de nodules gris ou jaunâtres. Il a trouvé des cavernes, cicatrisées, dont le volume variait entre celui d'une noix et celui d'un œuf.

Dans 651 cas, la lésion était bilatérale, presque toujours limitée aux sommets. La guérison spontanée est, dit l'auteur, plus facile dans les cas chroniques que dans les cas aigus. On peut toujours l'espérer tant que les tubercules n'ont pas dépassé les lobes supérieures. Quand les lobes inférieurs sont envahis, la maladie peut avoir des temps d'arrêt, mais la guérison n'est plus possible.—*Medizinische Iahrbucher*, 1880, Heft., III.

—

Contribution à la pathogénie des abcès du cerveau, par le docteur BINSWAUGER.—L'auteur apporte un cas fort intéressant, en ce qu'il démontre qu'une inflammation chronique de l'oreille moyenne peut déterminer des lésions graves du côté du cerveau, sans qu'on observe de carie du rocher. Voici ce fait :

Un homme de 51 ans présentait depuis quelque temps des symptômes pathogéniques sans localisation bien déterminée. Depuis quatre semaines il avait de la fièvre, de l'abattement, de l'anorexie et de la diarrhée. Aucuns symptômes cérébraux, seulement une paralysie du bras gauche, sans troubles de la sensibilité ; le ventre est excavé, non douloureux. La rate n'est pas augmentée de volume. Fièvre rémittente, vomissements bilieux. Puis il survint un accès épileptiforme et la mort arriva au bout de quelques semaines, au milieu de symptômes progressifs de prostration.

A l'autopsie, on trouva un abcès récent des poumons. Le crâne et les méninges étaient absolument sains. A la section de l'hémisphère droit, on découvrit dans la partie centrale de la circonvolution frontale et de la frontale ascendante un foyer purulent dont la paroi paraissait dure et fibreuse. En outre, lorsqu'on ouvrit le rocher du côté correspondant, on trouva dans les cellules de l'apophyse mastoïde un foyer composé de granulations rougeâtres de la grosseur d'une pièce de 5 pfennigs ; ces granulations pénétrant dans la caisse du tympan par ses faces supérieure et antérieure, développaient complètement les osselets de l'ouïe dont les ligaments étaient détruits.

Il est certain qu'on aurait porté le diagnostic d'*abcès idiopathique* du cerveau, si l'on avait omis l'examen détaillé des organes de l'audition. En effet, l'autopsie démontra la parfaite intégrité de la dure-mère et des sinus dans le voisinage du foyer purulent, elle démontra aussi l'absence de carie du côté du rocher.

L'auteur de cette observation explique ainsi la marche suivie par la lésion initiale de l'oreille pour arriver à la formation de l'abcès du cerveau. Il croit que les microphytes infectieux partis de l'oreille moyenne ont suivi les fentes du tissu conjonctif qui enveloppe les nerfs et les vaisseaux, allant de l'oreille à la partie interne du crâne, et qu'arrivé là il leur a été possible d'infecter le sang dans sa totalité. (*Breslau ærztl Ztschr.*)—*Lyon Médical.*

—

D'un symptôme rare dans l'attaque d'épilepsie — Il s'agit d'un soldat reçu comme epileptique dans le service

Quant à la médication stibiée, il est un certain nombre de pneumonies qui revêtent une forme bilieuse — forme surtout bien étudiée par Stolz—dans lesquelles les vomitifs par l'émétique vous rendront de bons services, mais l'émétique à petite dose, et non pas comme contre-stimulant, à la façon de Rasori.

Dans ses dernières années, Trousseau avait remplacé l'émétique par le kermès et par la digitale.

Je ne suis pas, je l'avoue, très partisan de la médication stibiée, qui, d'après un certain nombre de médecins, aurait une influence dépressive fâcheuse sur le cœur, et je lui préfère la digitale. Celle-ci me paraît d'une médication plus rationnelle en ralentissant la circulation et deprimant le pouls, bien que, parfois aussi, elle ait une action un peu irritante sur la muqueuse stomacale et donne lieu à quelques vomissements.

Aussi, bien que la digitale me paraisse devoir atténuer favorablement les accidents aigus de la maladie, ne l'imposerai-je pas à toutes les malades atteints de pneumonie, tous ne la supportant pas également bien.

Enfin, j'arrive aux vésicatoires qui sont toujours employés, mais que je réserve, en général, pour les derniers jours de la maladie, dans les cas où la résolution ne me paraît pas survenir assez rapidement. Mais je ne les fais jamais appliquer au début de la maladie, où ils ne produisent aucun résultat avantageux, tandis qu'il n'en est pas de même au déclin de la pneumonie.

Vous voyez donc, en résumé, qu'il ne saurait y avoir une méthode généralement applicable à tous les cas indistinctement, mais que nous conseillons:

1° Pour les uns, une expectation prudente, raisonnée, lorsque rien n'indique que l'on doive avoir recours à une médication active, et je ne range ni la digitale, ni le kermès dans une médication active;

2° Pour les autres, c'est-à-dire les cas où on remarquera une fièvre très-vive, une oppression considérable, et les différents symptômes que nous avons énoncés plus haut, nous n'hésiterons pas à ordonner les antiphlogistiques, la saignée et les ventouses scarifiées.

Enfin, chez les malades qui présentent une assez grande dépression, une sorte d'état adynamique, nous conseillerons le traitement par l'alcool.—*Revue Médicale.—Le Scalpel.*

—

Note sur le microbe de la diphthérie, par Ch. Talamon, ancien interne des hôpitaux.—J'ai l'honneur de montrer à la société le microbe que je suppose être l'organisme spécifi-

que de la diphthérie. Je dois dire, tout d'abord, que mes recherches et mes expériences, bien que poursuivies depuis près de cinq mois, ne sont pas complètement terminées, ce qui explique la restriction que j'ai faite en commençant. Si je me décide à faire aujourd'hui cette communication, c'est uniquement pour prendre date.

La plupart de mescultures ont été faites à l'aide de fausses membranes provenant du service de M. Bergeron, à Sainte-Eugénie. Grâce à son obligeance et à celle de son interne, M. Suss, j'ai pu recueillir un certain nombre de ces fausses membranes détachées soit des amygdales, soit de la trachée, ou rendues par la cranule après la trachéotomie. Je ne tiendrai compte ici que des cas qui m'ont fourni des résultats certains. La discussion des faits douteux ou négatifs m'entraînerait trop loin ; j'y reviendrai plus tard dans un travail plus complet.

Les faits positifs sont au nombre de huit ; tous sont des cas d'angine toxique, diphthérie vraie, soit purement pharyngée, soit avec extension au larynx et à la trachée. Les cas d'angine avec croup sont au nombre de deux ; dans ces deux cas, la fausse membrane cultivée a été prise dans la trachée, et a donné le même organisme que les fausses membranes amygdaliennes. Dans un cas d'angine, le premier où j'ai trouvé le microbe que je mets sous vos yeux, j'ai pu suivre la diphthérie depuis le début jusqu'à la guérison. Le malade était un homme de vingt ans, couchant dans la même chambre qu'un de ses amis atteint de diphthérie toxique, il sentit, le jour même de la mort de celui-ci, un léger mal de gorge. Le lendemain, il vint à l'Hôtel-Dieu, et l'on constata la présence de fausses membranes gris-verdâtres sur les deux amygdales et un engorgement ganglionnaire déjà considérable. Chaque jour, j'ai fait plusieurs cultures de ces fausses membranes, et, pendant les dix jours qu'a duré la maladie, constamment j'ai obtenu le même organisme. Les fausses membranes disparues, le mucus de l'arrière-gorge, cultivé à plusieurs reprises, n'a plus rien donné.

Ce cas est le seul, où j'ai pu suivre ainsi, jour par jour, la maladie. Pour les autres, j'ai dû me contenter de prendre des fausses membranes une fois seulement pour chaque malade. Voici l'organisme que les cultures ont donné dans les huit cas.

Cet organisme ne ressemble ni au *Zygodesmus fuscus* de Letzerich, que personne d'ailleurs n'a revu, pas même Letzerich, ni au *tillétia diphtherica*, sur lequel l'auteur allemand s'est rabattu après avoir abandanné le zygodesmus, ni au *mi-*

Quant à la médication stibiée, il est un certain nombre de pneumonies qui revêtent une forme bilieuse — forme surtout bien étudiée par Stolz—dans lesquelles les vomitifs par l'émétique vous rendront de bons services, mais l'émétique à petite dose, et non pas comme contre-stimulant, à la façon de Rasori.

Dans ses dernières années, Trousseau avait remplacé l'émétique par le kermès et par la digitale.

Je ne suis pas, je l'avoue, très partisan de la médication stibiée, qui, d'après un certain nombre de médecins, aurait une influence dépressive fâcheuse sur le cœur, et je lui préfère la digitale. Celle-ci me paraît d'une médication plus rationnelle en ralentissant la circulation et deprimant le pouls, bien que, parfois aussi, elle ait une action un peu irritante sur la muqueuse stomacale et donne lieu à quelques vomissements.

Aussi, bien que la digitale me paraisse devoir atténuer favorablement les accidents aigus de la maladie, ne l'imposerai-je pas à toutes les malades atteints de pneumonie, tous ne la supportant pas également bien.

Enfin, j'arrive aux vésicatoires qui sont toujours employés, mais que je réserve, en général, pour les derniers jours de la maladie, dans les cas où la résolution ne me paraît pas survenir assez rapidement. Mais je ne les fais jamais appliquer au début de la maladie, où ils ne produisent aucun résultat avantageux, tandis qu'il n'en est pas de même au déclin de la pneumonie.

Vous voyez donc, en résumé, qu'il ne saurait y avoir une méthode généralement applicable à tous les cas indistinctement, mais que nous conseillons:

1° Pour les uns, une expectation prudente, raisonnée, lorsque rien n'indique que l'on doive avoir recours à une médication active, et je ne range ni la digitale, ni le kermès dans une médication active;

2° Pour les autres, c'est-à-dire les cas où on remarquera une fièvre très-vive, une oppression considérable, et les différents symptômes que nous avons énoncés plus haut, nous n'hésiterons pas à ordonner les antiphlogistiques, la saignée et les ventouses scarifiées.

Enfin, chez les malades qui présentent une assez grande dépression, une sorte d'état adynamique, nous conseillerons le traitement par l'alcool.—*Revue Médicale.—Le Scalpel.*

—

Note sur le microbe de la diphthérie, par Ch. Talamon, ancien interne des hôpitaux.—J'ai l'honneur de montrer à la société le microbe que je suppose être l'organisme spécifi-

que de la diphthérie. Je dois dire, tout d'abord, que mes recherches et mes expériences, bien que poursuivies depuis près de cinq mois, ne sont pas complètement terminées, ce qui explique la restriction que j'ai faite en commençant. Si je me décide à faire aujourd'hui cette communication, c'est uniquement pour prendre date.

La plupart de mescultures ont été faites à l'aide de fausses membranes provenant du service de M. Bergeron, à Sainte-Eugénie. Grâce à son obligeance et à celle de son interne, M. Suss, j'ai pu recueillir un certain nombre de ces fausses membranes détachées soit des amygdales, soit de la trachée, ou rendues par la cranule après la trachéotomie. Je ne tiendrai compte ici que des cas qui m'ont fourni des résultats certains. La discussion des faits douteux ou négatifs m'entraînerait trop loin ; j'y reviendrai plus tard dans un travail plus complet.

Les faits positifs sont au nombre de huit ; tous sont des cas d'angine toxique, diphthérie vraie, soit purement pharyngée, soit avec extension au larynx et à la trachée. Les cas d'angine avec croup sont au nombre de deux ; dans ces deux cas, la fausse membrane cultivée a été prise dans la trachée, et a donné le même organisme que les fausses membranes amygdaliennes. Dans un cas d'angine, le premier où j'ai trouvé le microbe que je mets sous vos yeux, j'ai pu suivre la diphthérie depuis le début jusqu'à la guérison. Le malade était un homme de vingt ans, couchant dans la même chambre qu'un de ses amis atteint de diphthérie toxique, il sentit, le jour même de la mort de celui-ci, un léger mal de gorge. Le lendemain, il vint à l'Hôtel-Dieu, et l'on constata la présence de fausses membranes gris-verdâtres sur les deux amygdales et un engorgement ganglionnaire déjà considérable. Chaque jour, j'ai fait plusieurs cultures de ces fausses membranes, et, pendant les dix jours qu'a duré la maladie, constamment j'ai obtenu le même organisme. Les fausses membranes disparues, le mucus de l'arrière-gorge, cultivé à plusieurs reprises, n'a plus rien donné.

Ce cas est le seul, où j'ai pu suivre ainsi, jour par jour, la maladie. Pour les autres, j'ai dû me contenter de prendre des fausses membranes une fois seulement pour chaque malade. Voici l'organisme que les cultures ont donné dans les huit cas.

Cet organisme ne ressemble ni au *Zygodesmus fuscus* de Letzerich, que personne d'ailleurs n'a revu, pas même Letzerich, ni au *tillétia diphtherica*, sur lequel l'auteur allemand s'est rabattu après avoir abandanné le zygodesmus, ni au *mi-*

Quant à la médication stibiée, il est un certain nombre de pneumonies qui revêtent une forme bilieuse — forme surtout bien étudiée par Stolz—dans lesquelles les vomitifs par l'émétique vous rendront de bons services, mais l'émétique à petite dose, et non pas comme contre-stimulant, à la façon de Rasori.

Dans ses dernières années, Trousseau avait remplacé l'émétique par le kermès et par la digitale.

Je ne suis pas, je l'avoue, très partisan de la médication stibiée, qui, d'après un certain nombre de médecins, aurait une influence dépressive fâcheuse sur le cœur, et je lui préfère la digitale. Celle-ci me paraît d'une médication plus rationnelle en ralentissant la circulation et deprimant le pouls, bien que, parfois aussi, elle ait une action un peu irritante sur la muqueuse stomacale et donne lieu à quelques vomissements.

Aussi, bien que la digitale me paraisse devoir atténuer favorablement les accidents aigus de la maladie, ne l'imposerai-je pas à toutes les malades atteints de pneumonie, tous ne la supportant pas également bien.

Enfin, j'arrive aux vésicatoires qui sont toujours employés, mais que je réserve, en général, pour les derniers jours de la maladie, dans les cas où la résolution ne me paraît pas survenir assez rapidement. Mais je ne les fais jamais appliquer au début de la maladie, où ils ne produisent aucun résultat avantageux, tandis qu'il n'en est pas de même au déclin de la pneumonie.

Vous voyez donc, en résumé, qu'il ne saurait y avoir une méthode généralement applicable à tous les cas indistinctement, mais que nous conseillons:

1° Pour les uns, une expectation prudente, raisonnée, lorsque rien n'indique que l'on doive avoir recours à une médication active, et je ne range ni la digitale, ni le kermès dans une médication active;

2° Pour les autres, c'est-à-dire les cas où on remarquera une fièvre très-vive, une oppression considérable, et les différents symptômes que nous avons énoncés plus haut, nous n'hésiterons pas à ordonner les antiphlogistiques, la saignée et les ventouses scarifiées.

Enfin, chez les malades qui présentent une assez grande dépression, une sorte d'état adynamique, nous conseillerons le traitement par l'alcool.—*Revue Médicale.—Le Scalpel.*

—

Note sur le microbe de la diphthérie, par CH. TALAMON, ancien interne des hôpitaux.—J'ai l'honneur de montrer à la société le microbe que je suppose être l'organisme spécifi-

que de la diphthérie. Je dois dire, tout d'abord, que mes recherches et mes expériences, bien que poursuivies depuis près de cinq mois, ne sont pas complètement terminées, ce qui explique la restriction que j'ai faite en commençant. Si je me décide à faire aujourd'hui cette communication, c'est uniquement pour prendre date.

La plupart de mescultures ont été faites à l'aide de fausses membranes provenant du service de M. Bergeron, à Sainte-Eugénie. Grâce à son obligeance et à celle de son interne, M. Suss, j'ai pu recueillir un certain nombre de ces fausses membranes détachées soit des amygdales, soit de la trachée, ou rendues par la canule après la trachéotomie. Je ne tiendrai compte ici que des cas qui m'ont fourni des résultats certains. La discussion des faits douteux ou négatifs m'entraînerait trop loin ; j'y reviendrai plus tard dans un travail plus complet.

Les faits positifs sont au nombre de huit ; tous sont des cas d'angine toxique, diphthérie vraie, soit purement pharyngée, soit avec extension au larynx et à la trachée. Les cas d'angine avec croup sont au nombre de deux ; dans ces deux cas, la fausse membrane cultivée a été prise dans la trachée, et a donné le même organisme que les fausses membranes amygdaliennes. Dans un cas d'angine, le premier où j'ai trouvé le microbe que je mets sous vos yeux, j'ai pu suivre la diphthérie depuis le début jusqu'à la guérison. Le malade était un homme de vingt ans, couchant dans la même chambre qu'un de ses amis atteint de diphthérie toxique, il sentit, le jour même de la mort de celui-ci, un léger mal de gorge. Le lendemain, il vint à l'Hôtel-Dieu, et l'on constata la présence de fausses membranes gris-verdâtres sur les deux amygdales et un engorgement ganglionnaire déjà considérable. Chaque jour, j'ai fait plusieurs cultures de ces fausses membranes, et, pendant les dix jours qu'a duré la maladie, constamment j'ai obtenu le même organisme. Les fausses membranes disparues, le mucus de l'arrière-gorge, cultivé à plusieurs reprises, n'a plus rien donné.

Ce cas est le seul, où j'ai pu suivre ainsi, jour par jour, la maladie. Pour les autres, j'ai dû me contenter de prendre des fausses membranes une fois seulement pour chaque malade. Voici l'organisme que les cultures ont donné dans les huit cas.

Cet organisme ne ressemble ni au *Zygodesmus fuscus* de Letzerich, que personne d'ailleurs n'a revu, pas même Letzerich, ni au *tillétia diphtherica*, sur lequel l'auteur allemand s'est rabattu après avoir abandanné le zygodesmus, ni au *mi-*

racine des ligaments larges à découvert. A ce moment, Récamier faisant glisser l'indicateur au-dessus de la trompe, passa sur la face postérieure du repli péritonéal, et ayant coupé de bas en haut toute l'épaisseur de ce repli, jusqu'à son tiers inférieur, il saisit avec les doigts cette dernière portion dans laquelle se distribue l'artère utérine et la comprime en entier dans une ligature de fil fort.

La même chose étant faite du côté opposé, il excisa l'utérus renversé en avant et le sépara du rectum en procédant de haut en bas.

Ce qu'il y a donc de plus remarquable dans son procédé, c'est qu'il a été plus complet et plus précis dans l'hémostase que ses prédécesseurs.

Il nous a paru intéressant de décrire ici le manuel opératoire de Recamier, à côté de celui de Freund que nous allons reproduire en détail d'après Cserny, et cela d'autant plus volontiers, qu'on chercherait vainement des indications,—du moins à notre connaissance,—dans les traités spéciaux, non plus que dans la plupart des revues périodiques.

Toutes les précautions de la chirurgie antiseptique comme nous avons déjà eu occasion de le noter, et comme nous aurons encore occasion d'y revenir, en rapportant quelques autres faits observés à la clinique de Billroth, doivent être rigoureusement observés.

La malade a été préparée trois ou quatre jours avant l'opération; l'intestin a été évacué à l'aide d'une ou deux purgations à deux jours d'intervalle, et dont la dernière a été donnée la veille du jour de l'opération, et le matin même un lavement lui a été administré. La malade chloroformée jusqu'à résolution complète, est placée sur la table à opération, les jambes fléchies sur les cuisses, et celles-ci sur l'abdomen, comme pour l'opération de la taille.—La vessie ayant été vidée, l'opérateur applique la grande cuiller de Simon sur les parois postérieures du vagin, de façon que le bord libre interne de la cuiller soit placé au-dessous du col de l'utérus, tandis que sa courbure déprime la fourchette. Sur les parois latérales du vagin, on place deux spatules recourbées, et une troisième soutient la paroi antérieure du vagin, toutes les trois sont alors confiées aux aides qui tiennent les jambes de la malade. On fait alors le lavage du canal vaginal avec une solution de permanganate de potasse à l'aide de l'irrigateur hydraulique d'Esmarck, qui y envoie également, pendant toute la durée de l'opération, un jet continu et filiforme de solution phéniquée à 2 p. c.

L'utérus, saisi avec des pinces de Museux, est attiré en bas, autant que le permettent la laxité de ses ligaments et la résis-

tance du tissu néoplasique. L'opérateur traverse alors le col de l'utérus, et aussi haut que possible, de plusieurs gros fils destinés à servir de moyen de traction et à remplacer les pinces. Les extrémités en sont confiées à un assistant.

On fait de l'hémostase préventive en faisant comprimer l'aorte abdominale par un aide.—(*A continuer*).

—

Comment on meurt en chirurgie.—Il y aurait à faire, dit M. Verneuil, une thèse pleine d'enseignements et d'intérêt, sur les causes de la mort en chirurgie. On y verrait combien de fois les blessés et les opérés succombent pour des causes en apparence insignifiantes, combien de négligences sont commises auxquelles on n'attache pas d'importance et qui entraînent des conséquences redoutables.

Malheureusement la littérature médicale est très pauvre en observations de ce genre, parce qu'on ne se soucie généralement pas de livrer à la publicité des notes où l'on constate qu'on a perdu un malade pour lui avoir pratiqué une operation qui semblait devoir réussir. Sous ce rapport, on ne saurait trop admirer la noble franchise et l'honnêteté scientifique du chirurgien de la Pitié. Il considère comme un devoir de faire connaître les cas malheureux tout aussi bien que les succès, d'abord parce qu'ils portent en eux un grand enseignement, et ensuite parce que, si une faute a été commise, le seul moyen de la réparer c'est d'apprendre aux autres à ne pas la commettre.

Dans cet ordre d'idées, il rapporte l'observation instructive d'un malheureux qu'il avait opéré d'un testicule sarcomateux. Le pansement terminé, on lui appliqua, pour soutenir le scrotum, une forte compresse fixée par un bandage en T. Le bandage fut trop serré, monté trop haut, exerça une compression trop grande à la racine des bourses, et il se produisit une hémorrhagie veineuse par obstacle mécanique à la circulation. L'interne fut appelé et bourra la plaie de tampons imbibes de perchlorure de fer. Un phlegmon en fut la conséquence. Tout à coup, survinrent des frissons, il y eût de l'infection purulente, et le malade succomba rapidement.

Ainsi donc, une écharpe trop serrée a été la cause occasionnelle de la pyohémie qui a emporté cet opéré.

Un autre exemple non moins intéressant: une femme vient pour se faire opérer d'un épithélioma du col. M. Verneuil en fait l'abrasion avant d'y placer une olive de pâte de Canquoin. L'olive est fixée avec un fil en queue de cerf volant. Dans sa

préoccupation, le professeur oublie de s'assurer de la solidité du nœud. L'olive est mise en place et le vagin tamponné. Quand on veut l'enlever, le fil vient seul, et l'olive qui avait été mal attachée ne peut être extraite que par morceaux. Une péritonite se déclare, la femme succombe, et l'on trouve, à l'autopsie, une perforation du cul de sac vaginal postérieur produite par les débris de pâte de Canquoin.

L'existence de cette pauvre femme n'a donc tenu qu'à un fil mal attaché.

De nimiis curat prætor, dit M. Verneuil comme conclusion. Veiller aux plus petites choses contitue souvent le grand secret des succès du chirurgien.—*Le Nouveau Journal Médical.*

—

Trachéotomie en un seul temps. — Voici la méthode employée par M. Saint-Germain pour pratiquer la trachéotomie. Ce chirurgien place l'enfant sur une table, les épaules reposant sur un coussin dur et la tête portant dans le vide et maintenue solidement par un aide. Il fixe le larynx de la main gauche en le saisissant par ses parties latérales et postérieure, comme s'il voulait l'écarter de la colonne vertébrale. De la main droite, il plonge un bistouri droit, à lame étroite, dans la membrane crico-thyroïdienne, le tranchant regardant le sternum, et l'enfonce à une profondeur de 15 millimètres. Il divise ensuite, en sciant et non en pressant, le cartilage cricoïde, les deux ou trois premiers anneaux cartilagineux de la trachée, l'isthme du corps thyphoïde et la peau. En retirant l'instrument, il prolonge l'incision de quelques milimètres en faisant une queue à la peau pour faciliter l'écoulement des liquides.

La plaie faite à la trachée, le chirurgien en écarte les lèvres avec le dilatateur, puis il place la canule.

Quelquefois, il y a une petite hémorrhagie fournie par l'anastomose des artères thyroïdiennes au niveau de l'isthme du corps thyphoïde. Cette hémorrhagie, de peu de gravité, s'arrête rapidement. Si elle persistait, il suffirait de substituer à la canule, une canule plus volumineuse.—*Le Médecin Praticien.*

—

Résurection : deux mètres d'intestin grêle suivie de guérison.—M. Kœberlé a présenté un fait très remarquable et unique jusqu'à présent, dans lequel il a pu réséquer deux mètres de la longueur de l'intestin sans qu'il en résultât d'ac-

cidents graves. L'opération a été faite chez une jeune fille de 22 ans, atteinte de temps en temps d'accidents d'obstruction intestinale. L'obstruction étant devenue définitive, M. Kœberlé pratiqua la gastrotomie et trouva deux rétrécissements cicatriciels de l'intestin grêle distants l'un de l'autre de un mètre et demi environ. Il réséqua cette longue portion d'intestin et sutura l'une à l'autre les deux extrémités sectionnées. La guérison fut obtenue au bout d'un mois. M. Kœberlé conclut donc que la résection de l'intestin grêle peut être faite dans une étendue considérable sans amener de troubles, dans les fonctions digestives ; que pratiquée dans des conditions convenables, elle peut être considérée comme une opération parfaitement admisible, et que la résection des rétrécissements fibreux cicatriciels, qui sont probablement plus fréquents qu'on ne le suppose, est à même de donner lieu à une guérison radicale. Il en est de même de la résection des épithéliomas.

OBSTÉTRIQUE ET GYNÉCOLOGIE.

Influence réciproque de la grossesse et des maladies de cœur, par le Dr Porak, chef de clinique adjoint à la clinique d'accouchement de la Faculté.

Ce titre est celui de la thèse d'agrégation (section de chirurgie et d'accouchement) que notre ami le Dr Porak a soutenu cette année. L'importance pratique de la question nous engage à nous étendre sur cette publication plus que nous n'en avons l'habitude, nous espérons que nos lecteurs ne nous en sauront pas trop mauvais gré.

Il n'est pas superflu d'avoir un guide compétent pour se conduire dans ce dédale d'assertions contradictoires et nous ne pouvons que féliciter M. Porak d'avoir pris comme base de son travail l'observation clinique.

1° Voilà une femme enceinte, est-ce que son cœur s'hypertrophie et quelles conséquences cela peut-il avoir ?

2° Voilà une femme enceinte bien portante, peut-elle du fait de sa grossesse contracter une affection de cœur ?

3° Voilà enfin une cardiopathe, elle devient enceinte, que va devenir son affection de cœur ?

1° *Le cœur s'hypertrophie-t-il pendant la grossesse et de quelle manière ?*

A propos de l'hypertrophie du cœur pendant la grossesse, la

lecture de la thèse de M. Porak nous a laissés dans un étonnement que nous ne dissimulerons pas. Depuis le commencement du siécle, depuis quarante ans surtout, personne n'avait osé nier l'hypertrophie du cœur pendant la grossesse. C'était un article de foi. La sanction même de l'Académie n'y manqua pas. Mais voici que soit à l'étranger, soit en France, des auteurs reprenant cette recherche, sans connaître leurs travaux réciproques, ne retrouvent plus cette fameuse *Hypertrophie temporaire, constante, normale du cœur pendant la grossesse.*

Les recherches anatomo-pathologiques récentes de C. Ruge, de Cohnstein, de Ducastel, de Letulle, etc., etc., démontrent que souvent le cœur n'est pas hypertrophié pendant la grossesse ; que lorsqu'il l'est, cette hypertrophie n'est pas très-considérable. Si l'on faisait une moyenne de ses pesées diverses, on la trouverait un peu plus élevée que le poids moyen du cœur. Cette hypertrophie ne porte pas toujours sur le ventricule gauche, ainsi qu'on l'avait annoncé à grand fracas. Voilà un premier fait.

Mais ce qui est plus étrange, c'est que l'examen de la région précordiale donne presque toujours une extention assez notable de la matité (Guerardt, Durogie, Letulle). Y a-t-il donc là une contradiction ?

Allons même plus loin : dans une très intéressante observation de M. Letulle, la matité précordiale était augmentée pendant la vie. La femme meurt, on fait son autopsie, on lui trouve un cœur normal.

Il est évident que la seule explication que l'on puisse donner de ces faits, c'est que le cœur se dilate, et cela est d'autant plus admissible que MM. Potain et Rendu ont démontré que sous l'influence des phénomènes réflexes, des troubles gastriques, par exemple, on observe la dilatation du cœur.

Est-ce donc une dilatation de cette nature que l'on trouve pendant la grossesse ? M. Porak s'incline évidemment vers une autre théorie ; il pense que c'est une *dilatation mécanique.* Il y a pléthore pendant la grossesse, tous les auteurs tombent d'accord à ce sujet ; il faut donc qu'il y ait distension de l'appareil circulatoire et du cœur qui n'en est qu'une partie. Le cœur se laisse seulement distendre dans ses parties les moins épaisses, cœur droit l'oreillette droite surtout. Mais cette distension détermine une augmentation des contractions du cœur, une accroissement de son fonctionnement. C'est une loi générale qu'un muscle s'hypertrophie en proportion du travail qu'il accomplit. Le cœur doit donc présenter une hypertrophie générale, plus marquée cependant dans les parties les plus puissantes, au niveau du ventricule gauche. *Si non e vero bene trovato.*

Quant aux palpitations, aux hémoptysies de la grossesse, à l'aggravation de la phthisie, de la pneumonie, etc., etc...., nous ne devons plus les rattacher avec tant de complaisance à l'existence de l'hypertrophie *exceptionnelle* du cœur pendant la grossesse. Par conséquent, la thérapeuthique est nulle. Ces opinions ont cependant un intérêt à propos de la pathogénie des troubles gravido-cardiaques aussi croyons-nous que M. Porak a bien fait de consacrer une large place à cette étude dans son travail.

2° *La grossesse peut-elle engendrer des lésions de cœur ?* Oui, et sous des formes diverses.

La grossesse peut frapper le myocarde dans sa nutrition et déterminer même une dégénérescence granulo-graisseuse ou des lésions inflammatoires. Nous avons vu, il n'y a qu'un instant, l'accroissement de la fonction aboutir à l'hypertrophie possible du cœur; nous voyons maintenant cet excès de travail, les modifications de la composition du sang, les troubles de nutrition, si multiples et si remarquables pendant la grossesse frapper aussi le cœur. La dégénérescence du myocarde conduit à l'affaiblissement de son fonctionnement, à l'aggravation des symptômes des lésions valvulaires. Il existe même une très-intéressante observation de Spiegelberg de rupture du cœur chez une femme de 32 ans. Ce qui, dans ce cas, démontre que la grossesse est bien responsable du redoutable accident qui a été observé, c'est l'âge de la malade. Si on se reporte à un travail récent et très complet de M. Barth sur les ruptures du cœur, on y voit que le sujet le moins âgé de ses observations avait plus de 60 ans, c'est-à-dire le double de la malade de Spiegelberg.

La grossesse peut encore dominer la pathogénie des endocardites récentes; que ce soient des endocardites aiguës, que ce soient des poussées récentes sur des lésions anciennes... Dans l'une ou dans l'autre forme, la lésion est caractérisée presque toujours par des bourgeonuements, des végétations plus ou moins exubérantes, ou choux-fleurs, quelquefois, mais plus rarement, par la destruction des valvules et la formation d'ulcérations.

L'endocardite suraiguë puerpérale a été considérée par la plupart des auteurs comme spéciale aux couches. M. Porak rapporte neuf observations, ou au moins huit dans lesquelles le début des accidents survint pendant la grossesse, détermina ou non l'expulsion prématurée du fœtus, observations suivies d'examen microscopique.

Mais le point sur lequel a surtout insisté l'auteur est l'existence des poussées récentes de végétations de l'endocarde

entées sur des lésions anciennes ! Quelques auteurs s'étaient bornés à une mention du fait (Berthiol), mais aucun auteur n'y avait donné l'importance que lui attribue M. Porak. Il montre la fréquence de ces lésions, puisqu'elles sont citées dans le 1/10 des antopsies qu'il rapporte, et l'on peut à bon droit supposer que le phénomène n'a pas été signalé dans quelques relations, souvent écourtées. L'existence de ces poussées récentes d'endocardite se lie à l'histoire des embolies pendant la grossesse. Les embolies constituent une complication beaucoup plus fréquente des affections du cœur pendant la grossesse qu'en dehors de l'état de gestation. Elles peuvent s'arrêter dans tous les points du corps. Il est regrettable que les autopsies ne soient pas plus complètes, bon nombre de ces complications pulmonaires, si redoutables, si subites, si effrayantes, qui constituent un des types les plus frappants des troubles gravido-cardiaques pourraient bien être rapportées à l'existence d'embolies du poumon.

Ces embolies, on les a encore observées dans les reins, dans le foie et enfin dans le cerveau.

L'hémiplégie s'observe fréquemment chez les cardiopathes enceintes, dans 1/9 des observations. Certainement l'hémiplégie est observée hors de grossesse dans le cours des affections du cœur, mais non pas avec une fréquence aussi remarquable. Les poussées récentes d'endocardite constituent l'une des particularités spéciales aux troubles cardiaques. C'est là un des mérites du travail de M. Porak d'avoir bien mis en relief ces lésions ; des arguments nombreux et légitimes justifient son insistance à ce propos.

Mais de thérapeutique, point ! Ce n'est pas tout d'étudier le mécanisme de ces troubles, il faudrait bien nous dire comment on peut les atténuer, les supprimer, ou au moins poser quelques indications, ouvrir la route où doivent s'engager les chercheurs. Faut il donc que voyant ces dangers qui menacent la cardiopathe enceinte, nous nous déclarions désarmés ?

3° *Quels phénomènes vont caractériser les lésions cardiaques dans le cours de la grossesse ?* Tel est le dernier point que nous devons aborder sous ses deux faces : aggravations des symptômes de la maladie du cœur ; troubles dans la marche de la grossesse. Dans le premier cas, influence de la grossesse sur la maladie de cœur ; dans le second cas, influence de la maladie de cœur sur la grossesse.

Une femme est prise brusquement, au milieu de la grossesse, d'une dyspnée épouvantable, allant jusqu'à l'orthopnée, une anhélation extraordinaire, une bronchorrhée abondante, spumeuse est rejetée au milieu de menaces d'asphyxie de tous les

instants. Quelquefois cette bronchorrhée est sanguinolente, c'est même une hémoptysie vraie. La femme est cyanosée, ses extrémités sont refroidies. Puis le travail se déclare, l'expulsion prématurée du fœtus a lieu au milieu des accidents les plus effroyables, la femme en imminence syncopale continuelle semble devoir succomber d'un moment à l'autre. L'enfant est en effet expulsé et tous ces symptômes s'amendent. La délivrance, suivant la belle expression de M. Peter, n'a pas été seulement " matérielle, elle a été aussi une délivrance cardiaque."

Voilà ce que l'on observe dans un certain nombre de cas. L'asystolie avec tout son cortège d'hydropisie et de phénomènes de retrodilatation vasculaire est rare comme manifestation gravido cardiaque. Les troubles de l'innervation cardiaque ne constituent pas non plus un type fréquent. Nous avons déjà insisté sur l'embolie. La congestion, apoplexie ou œdème pulmonaire, les embolies en particulier du cerveau, sont les phénomènes les plus constants qui impriment leur cachet particulier aux troubles gravido-cardiaques.

Nous voulons rester dans ces considérations générales et nous renvoyons le lecteur au chiffres statistiques qu'affectionne peut-être un peu trop M. Porak Ils ont bien leur intérêt, mais un intérêt très-relatif.

Enfin les cardiopathes enceintes sont sujettes à la persistance des règles ou des hémorrhagies précédant ou suivant la délivrance, aux altérations du placenta, à la mort du fœtus et à son expulsion prématurée, à la débilité des nouveau-nés et à leur peu de chance de survivre quelque temps. On trouvera dans chacun de ces chapitres des détails intéressants. Nous nous bornerons à insister sur l'un d'eux: c'est sur la fréquence vraiment incroyable des avortements et des accouchements prématurés qu'on observerait, suivant M. Porak, dans la moitié des cas. Mais, circonstance remarquable, on peut observer cette complication dans des cas de lésions bien compensées, silencieuses, de telle sorte qu'on ne doit jamais omettre d'ausculter une femme qui avorte successivement à plusieurs de ses grossesses.

Mais, pourquoi donc les symptômes des cardiaqnes sont-ils exagérés pendant la grossesse? Pour trois raisons:

1° Parce que le myocarde est affaibli ;

2° Parce qu'il a *des poussées récentes d'endocardites* et que les lésions cardiaques peuvent être aggravées ;

3° Parce que le travail du cœur est exagéré, la masse de sang étant augmentée, les résistances étant accrues par le développement de l'appareil vasculaire utéro-placentaire.

On conçoit que suivant telle ou telle de ces causes sera plus ou moins marquée, il y aura de grandes variétés dans les symptômes observés.

Le pronostic dépend surtout de l'état du cœur et du degré de la lésion valvulaire et de l'état général de la malade. Certainos conditions de la grossesse peuvent encore le faire varier, tout ce qui peut rétrécir le champ de l'hématose: grossesse gémellaire, hydramnios, rétrécissement du bassin, etc. Le siége de la lésion peut bien aussi avoir une influence. Mais, contrairement à l'opinion généralement reçue, M. Porak ne lui accorde qu'une importance accessoire.

Toutes ces considérations lui font adopter l'opinion du professeur Peter: "Une cardiapathe ne doit pas se marier; si elle est mariée, elle ne doit pas devenir mère; si elle est mère, elle ne doit pas allaiter."

Quant aux indications thérapeutiques, elles ne sont pas différentes de celles que l'on étudie à propos des affections du cœur.

Il y a aussi des indications qu'on peut appeler obstétricales et c'est là surtout le point qui occupe l'auteur.

Il arrive dans un certain nombre de circonstances que la grossesse ne provoque aucune aggravation des symptômes cardiaques; d'après les observations relevées dans les auteurs, cela peut s'observer dans le demi-quart des cas. Lorsque ces troubles surgissent, il y a lieu de distinguer trois cas. Nous renvoyons le lecteur aux observations instructives qu'a rassemblées M. Porak sur ce sujet:

1° La femme est en travail;

2° La femme n'est pas en travail;

3° La femme est mourante ou morte.

Lorsque la femme est en travail, l'indication est très-précise: il faut terminer l'accouchement aussitôt qu'on le peut. On met ainsi la femme dans les meilleures conditions, on sauvegarde la vie de l'enfant, si compromise. L'auteur conseille, mais seulement lorsque les accidents sont redoutables, d'accélérer le travail. Et alors on ne doit pas employer l'ergot de seigle qui ajouterait son influence néfaste à celle de la lésion cardiaque pour diminuer les chances d'avoir un enfant vivant. On peut se demander, si, dans certains cas, on ne serait pas autorisé à pratiquer la dilatation forcée, progressive du col à l'aide de l'appareil de R. Barnes. On lira quelques observations où des succès ont été obtenus à l'aide d'interventions bien autrement dangereuses et qu'on doit d'ailleurs absolument repousser, comme la dilatation forcée ou digitale du col.

Lorsque la femme n'est pas en travail, on n'est autorisé à

provoquer l'accouchement prématuré et surtout l'avortement que lorsque les accidents sont redoutables et que leur prolongation mettrait presque certainement en danger la vie de l'enfant. On n'a donc pas à en tenir compte dans ces cas extrêmes, et heureusement exceptionnels.

Lorsque la femme est morte, l'auteur préfère l'opération césarienne à l'accouchement forcée par les voies naturelles. L'intervention doit être, en effet, très rapide pour laisser quelque espérance de sauver la vie de l'enfant. Aussi ne doit on recourir à l'accouchement forcé que comme pis-aller devant une opposition formelle de la famille à l'opération césarienne.

Il y a d'ailleurs peu de chances d'avoir un enfant vivant dans ces conditions, à moins que la mère ne succombe rapidement ou subitement à une embolie cérébrale et surtout de la protubérance.

L'enfant meurt de l'agonie de la mère, il meurt lentement, il la suit de près ou la précède même.

Aussi l'auteur n'hésiterait pas, dans ces conditions, à faire l'accouchement forcé par le procédé de R. Barnes s'il y a la moindre lueur d'espoir de sauver la mère, par l'incision sur le col et l'extraction forcée si la mort de la mère parait certaine, L'opération césarienne serait généralement repoussée par les familles et pourrait être difficilement proposée.—*Le Praticien*,

—

De l'ipéca pendant le travail de l'accouchement.— Dans une note publiée par le *New-York Medical Journal*, le Dr Carriger considère l'ipéca comme un puissant stimulant des contractions utérines. C'est à cette action qu'il doit sa propriété d'arrêter les métrorrhagies. Aussi l'ipéca parait-il indiqué dans les cas de rigidité du col, alors que la femme est épuisée par des douleurs prolongées complètement inefficaces. On le donne à la dose de 12 centigrames.

Comme oxytocique, l'ipéca serait, d'après Carriger, supérieur à l'ergot de seigle ; en effet, les contractions qu'il provoque sont comparables à celles du travail naturel, elles se produisent à des intervalles réguliers et après des temps de repos. Dans un grand nombre de cas de rigidité du col avec dilatation insuffisante, alors que chaque douleur surexcitait et épuisait violemment les femmes, l'ipéca amenait au bout de quelque temps du calme et de la force, le col se dilatait, les contractions expulsives devenaient régulières et puissantes et l'accouchement se terminait heureusement.—*Répert. de Ther. méd.-Chir.*

L'UNION MEDICALE DU CANADA

MONTREAL, AVRIL 1881.

Comité de Rédaction :

MESSIEURS LES DOCTEURS E. P. LACHAPELLE, A. LAMARCHE ET S. LACHAPELLE.

La prostitution et la syphilis.

Il ne manque à Montréal que fort peu des traits qui caractérisent les grandes villes, et on ne saurait que difficilement lui refuser une place au nombre des grands centres de population et de progrès. Tout lui donne droit à ce titre : sa position géographique et commerciale, le nombre de ses habitants, ses millionnaires, ses misérables... et le chiffre de la prostitution qui s'y étale.

Nous ne voulons pas cependant tout accaparer et reconnaissons volontiers que plusieurs autres villes de la Puissance nous disputent vigoureusement la suprématie sur bien des points, y compris le dernier.

Nous n'oserions risquer une évaluation, même approximative, du chiffre de la prostitution à Montréal et n'accepterions même que sous toute réserve les opinions de notre chef de police à ce sujet. La latitude illimitée laissée aux prostituées et leur indépendance absolue de tout contrôle de la part des autorités laissent le champ libre aux suppositions les plus vagues, mais rendent impossible une statistique exacte. On ne peut en juger que par ses ravages et son ubiquité. La prostituée coudoie la femme honnête dans les rues, les théâtres et toutes les assemblées publiques ; elle poursuit ses victimes au grand jour et dans l'ombre, protégée par la loi comme femme mais ignorée comme prostituée. Faut-il s'étonner, dès lors, que la syphilis infecte au lit nuptial la génération qui passe et au berceau celle qui naît. Ici, la prostituée est syphilitique par état, et si elle accepte momentanément le contrôle du medecin (ce dont elle se dispense le plus souvent) elle n'a pour s'en débarrasser qu'à solder la note de ses honoraires ; l'Etat n'a rien à y voir et la Faculté n'y peut rien.

La prostitution est une plaie dont aucun précepte religieux, aucune loi civile ne pourront jamais guérir la société, et c'est d'accord avec ce fait qu'on ne saurait discuter qu'en France on tolère la prostitution, qu'on *inscrit* la prostituée afin de pouvoir exercer sur elle une surveillance active, un contrôle effectif, afin de prévenir les conséquences les plus désastreuses d'un mal qu'il est impossible d'extirper et d'en mettre à l'abri la partie saine de la population.

Nos lois ne tolèrent pas la prostitution et prétendent faire mieux que de la régulariser en l'étouffant, (*stamp it out*, comme disent les Anglais;) mais, nous le répétons, c'est là une utopie et toutes les lois possibles à ce sujet resteront toujours théorie stérile et lettre morte. Voyons en l'application ici :

La prostitution n'est pas tolérée; elle y est aussi répandue qu'ailleurs et ses effets sont plus désastreux, il est facile de le prouver : aucun propriétaire n'a le droit de louer une maison à des prostituées, elle trouvent à se loger dans tous les quartiers de la ville. Si les voisins se plaignent de leur tapage, la police fait une descente dans les maisons les plus turbulentes et en livre tous les hôtes à la justice. Celle-ci les condamne à une amende modérée qui leur permet de retourner à leur trafic, et à défaut de paiement les jette pour quelques semaines dans nos prisons communes, où le système cellulaire est inconnu ou reconnu trop barbare... ou trop dispendieux! La prostituée est là, en contact continuel avec d'autres détenues condamnées pour vol, ivrognerie, etc. Et ce n'est assurément pas entre pareils sujets que : " Du choc des opinions jaillit l'étincelle de la vérité."

Tant que la prostituée ne dévalise pas le trésor public en vendant sans license des liqueurs spiritueuses, tant qu'elle ne trouble pas, par un horrible tapage, le sommeil des honnêtes gens, elle peut impunément, sans même y mettre trop de forme, exercer son ignoble métier, parcourir tout le jour et jusqu'à une heure avancée de la nuit nos rues les plus fréquentées, être de toutes nos réunions publiques et propager, par l'intermédiaire des débauchés, la syphilis au sein des familles.

Si nous nous adressions au public, ce serait ici le temps de lui demander, ou plutôt de lui dire (que de gens sont verolés sans le savoir!) combien de citoyens honorables, de femmes et d'enfants portent une âme pure sous une enveloppe syphilitique. Les médecins le savent surabondamment. N'est-ce pas là une des maladies que nous rencontrons tous les jours sous l'un ou l'autre de ses mille aspects ?

Devons nous rester spectateurs et victimes résignés d'un fléau qui crétinise la progéniture, flétrit la jeunesse, empoisonne la vie, souille la famille et deshonore la société ?

Nous admettons volontiers qu'il n'est pas permis de faire le mal pour en éviter un plus grand, mais nous protestons contre l'application de ce principe de morale à la question qui nous occupe.

La prostitution ne demande à personne le droit d'exister, elle le prend, et puisqu'il est de fait que nous ne pouvons l'en empêcher, ce n'est assurément pas un mal que de lui imposer des restrictions.

Dans le traitement d'une maladie incurable on s'attaque aux symptômes et aux complications, et si on ne peut empêcher la crue du fleuve, on peut au moins construire des digues pour prévenir les inondations.

Cela ne s'appelle pas un mal pour un bien.

Nous reviendrons sur ce sujet.

Société Médicale de Montréal.

Séance du 18 mars.

M. le Dr E. P. Lachapelle, président, au fauteuil.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

Sur proposition du Dr A. T. Brosseau, secondé par le Dr A. Ricard, M. le Dr A. A. Foucher, est admis membre actif de la Société Médicale de Montréal.

Le Dr H. E. Desrosiers rapporte un cas de " cancer du foie et du paucréas " observé à l'Hôpital Notre-Dame, et présente les pièces pathologiques relatives à ce cas.

Le Dr A. T. Brosseau présente aussi une pièce pathologique se rapportant à un cas de pneumonie chez un enfant.

Il s'en suit une discussion à laquelle prennent part tous les membres présents.

Le Dr Brosseau donne alors avis qu'à la prochaine séance il proposera M. le Dr Marcil, de St-Eustache, comme membre actif.

M. le Président donne également avis qu'à la prochaine réunion il proposera M. le Dr Louis Mignault, de Montréal, comme actif de la Société Médicale.

A la première séance libre, le Dr Lamarche donnera une lecture sur " les autopsies cadavériques."

Et la séance est levée.

NOUVELLES MÉDICLAES.

Condoléance.—A une asemblée des Etudiants en médecine de l'Université Laval à Montréal, tenue le 21 mars 1881, sous la présidence de M. A. R. Marsolais, les résolutions suivantes ont été adoptées:

Proposé par M. J. Chaffers, secondé par M. G. Lafontaine:

"Que les Etudiants en médecine de cette Université, ont appris avec un profond chagrin la mort de leur estimé confrère, Jos. Edouard Laforce, de la paroisse de St-Aimé."

Proposé par M. J. J. Peladeau, secondé par M. A. Thibaudeau:

"Que comme marque d'estime pour leur regretté confrère, les étudiants en médecine de cette Université, portent le deuil pendant un mois."

Proposé par M. L. S. M. Matte, secondé par M. J. S. Tremblay:

"Que copie des présentes résolutions soit transmise à la famille du regretté défunt."

Proposé par M. Arthur Cormier, secondé par M. Sam. Brien:

"Qu'un rapport de cette assemblée soit publié dans les journaux."

A. JOYAL,
Secretaire.

Université Victoria.—Les examens pour l'admission à la pratique et pour le titre de bacheliers en médecine se sont terminés samedi soir à l'école de médecine et de chirurgie de Montréal (Faculté Victoria).

Les messieurs dont les noms suivent ont subi leur examen pour le titre de M. D.:

Hormisdas Legault, Ferdinand St Jacques, S. Lamarche, Amédée Martin, C. Fauteux, B. Elie Pagé, J, Hamelin, Jules Savard, Gilbert Huot, Joseph Rodolphe Chamilly de Lorimier, C. Voisard, Théodule Cypihot, Chs F. Clerk, S. Kelly, G. A. M. Fortier, Joseph Asselin, J. A. Prieur, Eugène Fournier, A. Sinek, Charles Girard, J. Bte. LeRoy, David Dufresne, M. Soulard.

Ceux dont les noms suivent ont été reçus bacheliers en médene (B. M. V.) Philéas Geoffrion, J. A. B. Goulet, J. A. Pepin,

Albert Beaupré, L. Camiré, J. Brisebois, L. J. Gareau, Geo. Baril, Joseph E. Thériault, Charles Tessier, L. D. Grenier, Hector Gauthier, G. Watier, E. Panneton, Horace Manseau, Edgar Turgeon, Gustave Paquet, Edmond Aubry, Joseph Venne, H. E. Langis, Alfred Archambault, G. P. Chartrand, Alfred Duckett.

Brochures reçues.

On the use of Alcohol in pneumonia by L. Coyteux Prévost, M. D. V., Physician to the General Hospital, Ottawa.

On Quebracho bark, (*Aspidosperma quebracho*) Botanic-pharmacognostic éssay by Dr Adolph. Hausen, asssistant at the Botanic institute of Erlanger, Reprint from the *Therapeutic Gazette*, 1880.

VARIÉTÉS.

De l'alimentation végétale chez l'homme. — Cette question a été prise comme sujet de thèse par Mme Algerton Kingsford, qui a cherché à démontrer que le végétalisme est le régime naturel de l'homme et qu'il aurait tout avantage à y revenir. Bien que l'auteur ne puisse pas compter faire beaucoup de conversions à cet égard et qu'il soit facile de réfuter beaucoup de ses arguments, la manière originale dont ils sont présentés et surtout l'érudition considérable déployée dans ce travail, méritent certainement qu'on s'y arrête.

Tout d'abord, Mme Kingsford prouve que par sa conformation l'homme se rapprochant surtout du singe, doit être frugivore comme lui. L'homme n'est ni carnivore, ni herbivore, a dit Flourens. Si l'on considère ses dents, son estomac et son intestin, il est par sa nature frugivore comme le singe. C'est aussi l'opinion des grands naturalistes comme Cuvier, Linné, etc.

Ce fait étant admis, y a-t-il avantage ou désavantage pour lui à cette transformation qui le rend carnivore ou omnivore ? L'opinion que la chair contient les éléments de force physique, et que si l'on veut être rebuste, fort et doué d'une grande énergie musculaire, il faut vivre d'un régime plutôt animal que

végétal, est généralement acceptée. Cette idée est cependant fausse : car on voit journellement la preuve que les animaux les plus forts et les plus utiles sont précisément ceux qui ne se nourrrissent pas de chair. Tout le travail du monde est fait par les herbivores, les chevaux, le bétail, les éléphants, les chameaux. On ne s'adresse jamais aux carnassiers, qui manquent non-seulement de docilité, mais de force et surtout de fond. La caractéristique dominante des carnassiers, c'est la férocité ; la force, le courage et la capacité pour le travail appartiennent aux animaux herbivores, qui depuis le commencement de l'histoire du monde ont seuls été associés aux guerres, aux conquêtes et aux travaux des hommes. On peut faire remarquer aussi que les peuples qui nous ont laissé sur la terre les monuments les plus superbes, l'histoire la plus glorieuse et la science la plus profonde, ne furent pas des peuples créophages.

Chez les Hindous, l'usage de la chair est absolument défendu aux trois castes supérieures, les Boudhistes sont dans le même cas ; et, en étudiant ce sujet, on voit que, indépendamment de toute question de climat et de race, l'usage de l'alimentation végétale est répandu sur une grande partie du globe, sans que la force et la santé en soient moins développées, bien au contraire : c'est ce qui s'observe pour les paysans russes et hongrois, les ouvriers égyptiens, les mineurs de l'Amérique du Sud, les Mexicains, les coolies, les soldats turcs, etc .. tous remarquables par leur force et la facilité avec laquelle ils supportent la fatigue. Même dans notre quartier du globe, les paysans et les ouvriers agricolés sont presque tous végétariens de fait, s'ils ne le sont pas par principe. A côté de ces faits généraux, Mme Kingsford cite des faits particuliers, entre autres le cas de la femme d'un des fondadeurs de la Société végétarienne d'Angleterre, qui vécut pendant une période de trente ans d'une façon exclusivement phytivore, sans faire usage d'autre boisson que l'eau, et devint pendant cette période, mère de quinze enfants. Elle en a nourri quatorze et conservé toujours non seulement une santé florissante, mais encore toute sa force et sa gaieté.

A côté de ces faits vient se placer cette considération que non seulement les substances végétales renferment les éléments nécessaires à la nutrition et à la production de force et de chaleur, mais que même elles en contiennent plus que les substances animales. Cette assertion est démontrée d'ailleurs par des chiffres que nous ne pouvons reproduire ici. Enfin, l'alimentation animale a des effets fâcheux indirects ; l'alcoolisme en est souvent une conséquence.

Au point de vue médical, le végétarisme a un grand nombre d'applications dans les maladies : la tuberculose, les affections du foie, la néphrite chronique, la goutte, etc. Mme Kingsford dit avoir été elle-même guérie par ce moyen d'une tuberculose commençante et mise en état de résister à toutes la fatigues d'une étude constante prolongée pendant plus de six ans. Enfin on a noté l'immunité des végétalistes vis-à-vis des affections infectieuses. Pendant l'épidémie de choléra, en 1832, à New-York, tous ceux qui s'abstinrent entièrement de viandes et de boissons alcooliques ne furent pas atteints par le fléau. L'auteur termine son travail en prouvant qu'une surface de terre consacrée à la culture de céréales, de légumes et de fruits fournit un approvisionnement capable de fournir une population douze fois plus considérable que la même surface utilisée pour la production de la viande de boucherie, répondant ainsi victorieusement à cette objection d'ordre économique, d'après laquelle l'alimentation végétale généralisée ne serait possible que pour une population clairsemée. Mme Kingsford nous apprend, en outre, que la Société Végétarienne d'Angleterre fondée en 1846 et dont elle est vice-présidente compte environ 3000 personnes. Des sociétés semblables existent aussi en Allemagne, en Suisse, en Amérique, etc.—*Journal de Médecine et de Chirurgie.*

DÉCÈS.

A St. Aimé, le 18 mars, à l'âge de 18 ans, M. Jos. Ed. Laforce, étudiant en médecine.

TRAVAUX ORIGINAUX.

Un cas d'ovariotomie

Lu devant la Société Médicale par le Dr D. Marcil, de St-Eustache.

Vers la fin mois de mars de l'an dernier, Mme M. B... venait me consulter pour une grosseur dans le ventre. Elle reportait à quatre ans le début de cette tumeur qu'elle avait signalée d'abord dans l'aine gauche, et qui, au moment de la consultation, remplissait l'abdomen jusqu'au delà de l'ombilic.

Cette femme a quarante huit ans ; elle a toujours joui d'une excellente santé ; taille moyenne et forte ; avant l'apparition de cette tumeur, elle était pléthorique. Mariée encore jeune, elle s'est noblement acquittée de ses devoirs d'épouse et de mère en donnant le jour à douze enfants forts et robustes.

Aussi longtemps que ce néoplasme ne l'a pas trop vexée, elle l'a vu et senti se développer avec presque de l'indifférence. Ce n'est que l'an dernier qu'elle s'en est occupée sérieusement. Il est vrai de dire que le traitement et l'opinion des médecins qu'elle avait consultés jusqu'à cette époque ne l'avaient guère encouragée. On lui avait conseillé de consulter avec confiance les spécialistes de l'Hôtel-Dieu de Montréal. Elle ne suivit pas cet avis. C'est sous ces circonstances et dans ces conditions que cette malade songea à s'adresser à celui qui a l'honneur de vous faire rapport ce soir, de ce cas intéressant.

La durée de la maladie, environ quatre ans, et l'histoire quelle me fit de son évolution, m'entraînèrent à penser qu'elle portait une tumeur ovarienne.

Premier examen. Mais avant, Mme B.. m'apprend qu'elle a toujours été reglée régulièrement et abondamment, sauf quelques écarts ménorrhagiques persistant quelques semaines. Au moment quelle me consulte, elle est en pleine période catameniale. Vû quelle demeure à une distance considérabble de St-Eustache, et qu'il lui sera difficile de revenir prochainement, je ne crus pas devoir la laisser retourner chez elle sans l'examiner même incomplètement afin de la renseigner aussi exactement que possible sur sa maladie et ses conséquences. Je procédai seulement à l'examen *externe* et me convainquit assez positivement qu'elle portait une tumeur ovarienne.

La sonorité était manifeste entre les fausses côtes et la crête de l'Ilium droit; elle ne pouvait aussi être méconnue à quelques tra-vers de doigts au-dessus de l'ombilic en suivant, d'un hypocondre à l'autre, une ligne à courbure supérieure—ligne ovarienne. La fluctuation était évidente; le facies ovarien. Parce quelle était menstruée, je remis à plus tard l'intention de compléter cet examen par le vagin, la matrice, le rectum et la vessie. Toutefois je suis d'opinion que, dans un cas d'urgence, il ne peut y avoir d'objection sérieuse à introduire la sonde dans la matrice pendant les règles, mais ne me trouvant pas dans cette occurrence, je crus agir prudemment en lui conseillant de me revenir au premier beau chemin du mois de mai. Elle ne me revint pas.

Conseillé par son médecin ordinaire, elle alla consulter les médecins extraordinaires de l'Hôtel-Dieu.

Après examen minutieux et répété par les membres les plus illustres de la docte faculté, il fut amphatiquement déclaré que mon humble diagnostique n'était ni plus ni moins qu'erroné ; que ce néoplasme n'était rien autre chose qu'une tumeur cancéreuse de la matrice; qu'il n'y avait pas lieu à une prise chirurgicale; que cette infortunée mère de famille devait subir patiemment l'œuvre impitoyable de cette maladie, et se résigner, sans espoir, à son malheureux sort. On poussa le dévouement jusqu'à faire un rapport soigné de ce brillant diagnostique et on le fit parvenir, à courte échéance, au médecin ordinaire de cette malade.

Le cœur navré et le désespoir dans l'âme, notre malade reprit le chemin de sa demeure. Sa raison faillit faire naufrage sous le coup de ces pénibles impressions. Une longue année d'angoisc, de larmes et de résignation s'est écoulée depuis cette décision mémorable.

Je revis Mme B... au commencement de mars dernier, et ce n'est qu'alors que j'appris ce qui s'était passé depuis notre première entrevue.

Je la soumis a un examen complet cette fois et lui répétai qu'elle portait une tumeur ovarienne qui pouvait et devait être enlevée le plus tôt possible, sinon quelle devait se préparer à mourir avant longtemps. Son ventre était si énormement distendu qu'elle ne pouvait plus se coucher depuis plusieurs semaines; sa respiration était considérablement génée ainsi que les fonctions digestives.

Second examen. Ce second examen ne fit que confirmer le premier et me fournit les indications suivantes:

La cavité utérine mesurait 72 millimètres, ce que je ne pris pas pour une exagération mordide pour une femme qui avait

eu 12 enfants. N'était-ce pas là plutôt une légère subinvolution ?

Le cathétérisme utérin ne me fournit aucune indication qui put me faire croire à une altération quelconque de la matrice dont le corps était légèrement attiré du côté gauche et le col en arrière. Les mouvements de latéralite, de descente et d'ascension de toute la masse abdominale n'imprimait aucune secousse sensible et significative à la sonde introduite jusque dans le fond de la matrice. On conçoit toute la valeur dignostique de cette partie importante de l'examen; l'utérus était évidemment indépendante de la tumeur et réciproquement.

Par le toucher rectal, il était facile de constater que le col et le corps de la matrice étaient normaux et que le cul de sac de Douglass n'offrait rien que de physiologique. Le diagnostique ne pouvait être douteux: "*Tumeur ovarienne originant de l'ovaire gauche.*" L'abdomen était parfaitement lisse et fortement tendu. Etait-ce un mono ou un polyciste? Cette question est entièrement du domaine des probabilités. Y a-t-il des adhérences considérables? Autre question impossible à résoudre positivement et d'aucune utilité pratique, quoiqu'en dise Kœberlé.

Faudra-t-il pour élucider encore le diaguostique avoir recours aux ponctions exploratrices? Je n'y songeai pas sérieusement parce que j'abhorre ce moyen de renseignement qui peut avoir bien rarement son utilité pratique et très souvent des conséquences fatales. Cela se conçoit.

Enfin je constate à nouveau qu'il n'y a chez cette patiente aucune trace d'affection organique; que la constitution et la santé ont toujours été irréprochables; je suis entraîné à pronostiquer favorablement.

C'est le temps de la ménopause pour ma malade dont la constitution tend à l'équilibre physiologique par une légère ménorrhagie qui n'a que l'enconvénient de l'ennui qu'elle impose.

Je lui pose hardiment la question de l'opération; elle hésite et demande quelques jours de réflexion. La chose en valait la peine. L'opinion des spécialistes de l'Hôtel-Dieu l'obsédait sans doute.

Quatre jours plus tard, je revois ma malade et je renouvelle mon examen qui ne change nullement mon diagnostique et ne fait que le confirmer. C'est à cette visite que l'opération fut décidée et fixée au 14 mars dernier.

Si j'en avais eu la liberté, j'aurais différé cette opération, parce que le mois de mars, dans notre pays, n'est pas très sain par les vents de l'est, les tempêtes de neiges, les brouillards et les

changements brusque de la température qui ont lieu si souvent dans cette saison. Les spécialistes les plus autorisés s'accordent à reconnaître que ces variations atmosphériques ont une influence funeste dans l'ovariotomie. Mais il y avait urgence; il me fallait procéder sans retard. Heureusement que je fus favorisé d'une température splendide le jour de l'opération et les trois jours consécutifs.

Opération. Comme ce n'est pas une clinique que j'ai la prétention de vous donner sur cette importante question chirurgicale, mais d'en faire un rapport que j'ai préparé à la demande de quelques membres de la Société Médicale, je m'abstiendrai de décrire minutieusement le mode opératoire que j'ai suivi; je ne vous en décrirai que les particularités importantes. Cette opération a été trop bien décrite dans les ouvrages didactiques par Kœberlé, Spencer, Wells, Pean, Bilroth et d'autres grands maîtres qu'il serait fastidieux d'en entreprendre une nouvelle description devant une société de médecins dont j'ai appris à respecter depuis longtemps la science et les talents.

Et d'abord, inutile de dire que la malade fut profondément anesthésiée. En ouvrant l'abdomen, au lieu d'élection, entre l'ombilic et le pubis sur la ligne blanche, j'incisai juste sur une adhérence très résistante qui réunissait intimement un énorme kyste au péritoine. La paroi abdominale était légèrement infiltrée. J'essayai de vaincre cette adhérence, mais l'obstacle était tel que je craignis de faire fausse route entre le facias transversale et le péritoine et je me souvins que Hutchinson appelle l'attention sur la *diffieulté spéciale* que présentent les adhérences antérieures: " on peut, dit-il, avoir beaucoup de " peine à reconnaître les limites du kyste. L'opérateur peut " prendre l'espace celluleux qui se trouve entre le *fascia trans-* " *versalis* et le péritoine pariétal pour celui qui existe entre le " péritoine et le Kyste. Cette erreur, si elle n'est pas recon- " nue promptement, peut causer des dangers. En cherchant " a éviter cet écueil, le chirurgien peut tomber dans un autre, " et peut retrancher le péritoine viscéral du kyste; dans un " grand nombre de cas, l'extérieur du kyste, séparé du péritoi- " ne est poli, blanc et brillant, les adhérences sont celluleuses " et faciles à déchirer, de sorte que rien n'indique au chirur- " gien son erreur. Un moyen ajoute-t-il, décarter le risque de " ces deux erreurs, c'est d'agrandir la plaie en haut jusqu'à ce " qu'on arrive à un point ou il n'existe plus d'adhérences. " Quand le doigt de l'opérateur a touché l'intestin, il sait où " il est, et peut rompre les adhérences sans crainte de se " se tromper."

Le moyen d'écarter la difficulté, recommandé par Hutchin-

son était inapplicable ici puisque la tumeur remontait jusqu'à l'appendice xiphoïde et adhérait au foie, au ligaments rond et large, à l'estomac, au colon transverse, à toute l'étendue du grand épiploon et à toute la paroi abdominale jusque près de la région pubienne. J'aurais cherché vainement la cavité péritonéale et l'intestin en haut. Aussi je ne songeai pas à attaquer mon ennemi par cet endroit. Je prolongeai mon incision jusqu'à quelques centimètres du pubis, ne m'inquiétant pas de la vessie que je savais être vide. En atteignant cette région, j'eus le bonheur de tomber dans la cavité péritonéale. Le grand kyste qui se trouvait en vue, fut perforé avec le trocart de Spencer Welles et donna vingt-sept livres de liquide trouble. Six autres kystes, à base charnue, fibreuse, les uns du volume du poing les autres de la grosseur d'une tête de fœtus à terme, qui avaient proliféré vers le centre du grand kyste, contenaient des liquides et des substances divers.

Je ne rencontrai point de difficultés bien grandes à défaire les adhérences. Je fus cependant obligé de recourir au scalpel et au ciseau pour diviser quelques bandes fibreuses trop résistantes pour céder au travail purement manuel. Aucune de ces bandes fibreuses ne renfermaient de vaisseaux sanguins importants.

Comme je l'ai dit l'épiploon était adhérent dans toute son étendue avec la face postérieure de la tumeur. Je l'en séparai avec beaucoup de précaution. La moitié inférieure de cette membrane était tellement altérée et ramollie que la moindre traction la déchirait. Enfin j'arrivais sans accident au terme de l'opération qui a duré une heure et demi. La tumeur sortie du ventre. je procédai à la ligature du pédicule. Ce pédicule ne mesurait qu'environ deux pouces de longueur par un pouce de diamètre. Trop court pour être saisi et maintenu au dehors par le clam sans être fortement tiraillé, et trop gros pour être ligaturé en masse, j'en fis la ligature perdue et partielle. Je le transfixai vers son milieu avec l'éguille de Savigny chargée d'une ficelle de fouet, en évitant soigneusement de ne pas perforé ses vaisseaux, et je liai fermement ses deux moitié; puis j'enlevais la tumeur par un dernier coup de scalpel appliqué à environ trois quarts de pouce au-dessus de la ligature.

L'épiploon, comme je viens de vous le dire, était tellement altéré et ramolli qu'il eut été plus qu'imprudent de le laisser intégralement dans l'abdomen. Je le sortis du ventre et l'étalai sur une serviette bien blanche préalablement étendus sur la région épigastrique. Je ligaturai avec de la soie bien fine,

tous les vaisseaux de quelque dimension appréciable vers la partie moyenne et transversale de cette membrane et j'en enlevai la moitié inférieure.

Après m'être attentivement assuré que cette moitié restante était relativement saine et qu'il ne s'en écoulait pas une seule goutte de sang, je l'étendis sur les intestins et je continuai la toilette de l'abdomen.

Cette toilette est d'une importance majeure: une condition *sine quâ non* de succès dans cette grande et périlleuse opération. Tout l'intérieur de l'abdomen doit attirer l'attention sérieuse de l'opérateur; le moindre suintement de sang doit être contrôlé. La toilette du cul de sac de Douglass doit être particulièrement *soignée*. La moindre négligence dans ce pansement de l'intérieur du ventre peut avoir des conséquences fatales. Il est donc du devoir du chirurgien d'être très particulier dans ces détails délicats de l'opération.

Certains spécialistes attachent de l'importance à la cautérisation, par le fer rouge, de l'extrémité du pédicule à ligature perdue ou à sa dessication par le perchlorure de fer en poudre. Ce moyen me répugne, je ne l'aime pas.

Notre thermo-cautère était prêt et je ne voulus cependant pas m'en servir parce que je ne crois pas aux avantages des escharres dans le ventre. Ces cautérisations peuvent devenir des centres d'inflammation, de gangrêne et de suppuration, et avoir des conséquences désastreuses. Ce moyen, il est vrai, a souvent été mis en application, et les opérées n'en sont pas moins arrivées à la guérison; celles qui n'ont pas été cautérisées ont guéries également. Laissez-moi vous dire franchement que, pour moi, c'est un *post hoc* qui ne m'impose pas une confiance solide dans le *proter hoc*.

Je soulevai ensuite l'utérus à la hauteur du détroit supérieur pour constater *de visu*, avec les six médecins qui m'avaient fait l'honneur et rendu le service de m'assister dans cette belle et grande opération, que cette organe était parfaitement sain et qu'il n'avait jamais servi de territoire aux empiètements d'un *néoplasme cancéreux*.

Suture: Je suturai la plaie abdominale suivant la méthode de Spencer Wells, avec cette différence qu'au lieu de placer les sutures profondes à une distance seulement de 13 millimètres l'une de l'autre, je les éloignai d'un centimètre et demi et je fis une suture cutanée intermédiaire. Par les sutures profondes, je compris le péritoine et toute l'épaisseur de la paroi abdominale. Koeberlé n'intéresse point le péritoine dans sa manière de suturer; il semble donner une certaine importance à cette précaution. Il ne m'appartient pas de hasarder un

jugement sur le *modus operandi* et les spéculations théoriques de ces illustres maîtres. Je me contente de les admirer et je m'efforce de mettre en pratique leur brillant enseignement. Cette suture n'a été pour moi qu'une question d'option. Cependant je dois dire que je préfère un bon fil de chanvre bien ciré au fil d'argent parce qu'il est aussi solide que ce dernier et plus aisé à enlever lorsque la plaie est parfaitement réunie ; ce qui a lieu, à moins d'accidents, vers le septième ou huitième jour.

Pansement : Un morceau de lint placé sur la plaie ; deux coussins de ouate épais d'un centimètre recouvrant tout l'abdomen, et une bande de flanelle forte assez longue pour faire deux fois le tour du corps et solidement fixée avec des épingles font tous les frais du premier pansement ; puis la malade est reportée dans son lit. Je ne partage pas l'opinion des chirurgiens qui veulent que la malade subisse cette opération dans son lit afin d'éviter les déplacements. Ce déplacement ne comporte aucune objection sérieuse s'il est conduit d'une manière intelligente ; tandis que le lit ordinaire en est une formelle pour moi, à moins qu'il n'aurait été construit en prévision d'ovariatomie, ce qui n'est pas probable, on le sait.

Comme vous le voyez les sutures et tout le pansement sont on ne peut plus simples. J'ai évité soigneusement la bijouterie chirurgicale parce qu'elle est inutile et n'a que du brillant ; aussi je la déteste cordialement. Plus on simplifiera la chirurgie, plus elle sera efficace, belle et grande. La science réelle n'a pas besoin de décors qui ne font que chagriner sa radieuse et sublime splendeur.

Le facies de l'opérée est excellent ; son pouls bat 90. Quoique condamnée au silence absolu, elle ne peut s'empêcher de me dire : *Merci.* Ce petit mot est immense dans le succès.

Comme il m'est impossible de surveiller journellement le traitement consécutif, j'en chargeai mon intelligent et zélé neveu, le Dr Alfred Savard. Je visitai la malade durant les huits premiers jours après l'opération.

Durant les trois jours qui suivirent l'opération, le pouls oscilla de 90 à 108, et même à 125 vers le milieu du second jour. Cette augmentation du pouls eut lieu après un vomissement considérable, le seul qu'elle a eu dans toute sa convalescence. Je fis le premier pansement de la plaie abdominale le quatrième jour ; elle était réunie par première intention. L'état général de l'opérée est on ne peut plus rassurant : Aucune douleur à la pression sur l'abdomen ; légère transpiration occasionnée par la haute température dans la maison, langue un peu blanche, bon facies ; la nuit, sommeil calme et réparateur ;

appétit excellent ; enfin tout annonce que la guérison s'effectue rapidement.

Les deux premiers jours après l'opération, j'ordonnai pour toute nourriture le lait à la glace. Maintenant je lui fait prendre le lait sans glace et du thé de bœuf. Elle use de cette nourriture à discrétion jusqu'au septième jour ; puis elle revient insensiblement à son régime habituel. Il est important après cette opération comme après toutes les grandes opérations, que les malades ne soient point soumis à une diète sévère mais qu'ils soient soutenus par une nourriture substantielle et non stimulante.

J'enlevai les sutures profondes et cutanées le huitième jour. La plaie était solidement réunie, sauf la peau dans une étendue de deux pouces au milieu de la plaie, qui ne l'était pas. Il y avait à cet endroit une légère suppuration. Je fis laver cette solution de continuité avec l'eau d'épinette rouge qui, dans mon opinion, est un précieux détersif. Cette eau d'épinette jouit, à juste titre, d'une grande réputation dans nos campagnes canadiennes et dans nos chantiers. Dans les chantiers de l'Ottawa et de ses tributaires, les bucherons qui sont si exposés à se faire de graves blessures se dispensent assez facilement des services du médecin. L'écorce d'épinette bien pilée leur sert de charpie, et la décoction de cette même écorce leur fournit l'eau pour le lavage de leurs plaies. Ce pansement est très efficace et, dans mon opinion, supérieure à l'alcool camphré et à l'eau pheniquée dont l'odeur est repoussante, tandis que l'eau d'épinette a une odeur très agréable.

Huit jours plus tard, c'est-à-dire quinze jours après l'opération, mon opérée était complètement guérie, quoique je lui eut fait une incision de 33 centimètres à la paroi abdominale.

Cette rapide guérison me rappelle que Koeberle dit : " Lors- " qu'on a fait une ligature perdue du pédicule, ou qu'on a " rentré ce dernier dans la cavité abdominale après l'avoir " cautérisé, on peut obtenir d'emblée la réunion immédiate sur " toute l'étendue de l'incision, qui a été réunie alors dans toute " sa longueur, et les opérées peuvent être complètement gué- " ries au bout d'une dizaine et d'une quinzaine de jours. Les " soins consécutifs se réduisent alors à très peu de chose."

Quoiqu'il ne survint aucun accident pendant la convalescence, j'exigeai que ma malade gardât le lit pendant trois semaines afin que la plaie fut parfaitement consolidée avant que l'opérée ne songeât à reprendre ses occupations habituelles.

Quand la guérison n'est nullement entravée, il est étonnant de constater avec quelle rapidité la constitution récupère ses forces après cette grave opération.

J'ai cru qu'il serait inutile et superflu de donner plus de détails sur le traitement consécutif, sachant que j'aurais l'honneur de soumettre ce rapport à des médecins éclairés.

Avec votre bienveillante permission, je vais attirer votre attention sur une question capitale avant de terminer ce rapport qui a, sans doute, le malheur d'être trop long déjà. J'aborde un problème délicat que j'entends résoudre dans un sens qui pourra peut-être ne pas satisfaire nos chirurgiens des hôpitaux ; mais je m'en console en songeant qu'eux et tous les membres de notre noble profession, aussi bien que moi, nous n'avons aucun intérêt qui puisse primer celui que nous portons à nos malades. Toute notre vie, comme dit Trousseau, est le patrimoine de notre clientèle.

Je pose cette question délicate et sérieuse : Doit-on ovariotomiser dans les hôpitaux ordinaires ?

Comme je ne veux pas que l'on soupçonne chez moi une velléité d'intérêt personnel, je laisserai parler Barnes au nom de la science et du bon sens :

" Une garde, dit-il, qui soigne une ovariotomisée ne doit " avoir aucun rapport avec d'autres malades ; elle doit surtout " n'être pas exposée à toucher des plaies chirurgicales ou infec- " tieuses. Ce point touche à la grande question de savoir si cette " opération doit être faite par les chirurgiens d'hôpitaux. On " peut avancer que toutes les grandes opérations exposent les " malades à plus de dangers si elles sont faites dans un *grand* " *hôpital ;* mais ce n'est pas une raison suffisante pour ne pas " les faire dans ces établissements. La condition de la malade " peut ne pas lui laisser le choix : de plus l'habitude exercée " du chirurgien d'hôpital, et la perfection de l'arrangement de " l'établissement peut contrebalancer les inconvénients. Cela " admis, on demandera : L'ovariotomie présente-t elle des con- " ditions spéciales, qui en fassent une exception à la règle " générale, et fassent pencher la balance de l'autre côté ? Je " crois que oui.

" L'ovariotomie a quelque analogie avec la parturition. " L'ablation subite d'une énorme tumeur qui s'est nourrie aux " dépens de l'organisme amène une révolution de toute l'éco- " nomie, et une modification subite dans l'élément dynamique, " qui rend l'ovariotomisée, comme l'accouchée, particulière- " ment sensible à l'action des virus. Au risque commun aux " deux sortes de malades, s'ajoute la plaie du péritoine dont le " tissu est tellement sensible, aux influences toxiques, et ab- " sorbe si facilement toute infection que le chirurgien ou son " assistant, qui, comme l'a dit Sydney Smith, travaillent cons- " tamment "dans le pus et les miasmes" peuvent apporter.

" Je crois qu'on peut diminuer beaucoup ce danger en em-
" ployant soigneusement les méthodes antiseptiques, si heu-
" reusement appliquées aux autres départements de la chirur-
" gie. Il est singulier qu'une opération qui exige des soins
" plus attentifs, qu'aucune autre, ait été la plus négligée sous
" ce rapport. Malgré toutes les *précautions imaginables, je ne*
" *crois pas cependant que l'ovariotomie donne jamais dans les*
" *grands hôpitaux des résultats aussi favorables que dans les*
" *maisons particulières ou dans les hôpitaux spéciaux.* Dans
" notre pays, où les droits des classes inférieures sont plus
" respectés qu'en aucun autre, on admet qu'on est justifié à
" accoucher une femme dans un hôpital d'accouchement, ou
" dans un hôpital général, que dans des cas particulièrement
" exceptionnels. Pénétré de ce principe, j'ai cru de mon devoir
" de résister fermement à l'extension des maternités, malgré
" les grandes tentations que ces institutions offrent à l'obser-
" vation et à l'enseignement. La passion de l'étude doit être
" subordonnée aux droitsde l'humanité."

Je livre, sans commentaires, cette opinion du grand gynécologiste anglais à la sérieuse attention de la profession médicale du pays.

N. B.—Mon opérée jouit maintenant d'une parfaite santé.

Notes sur un cas de cancer du foie et du pancréas.

(Lu devant la Société Médicale de Montréal, par H. E. DESROSIERS, M.D., Prof. à l'Université Laval Montréal, Médecin interne de l'Hôpital Notre-Dame.)

Les pièces pathologiques que je présente ce soir à la Société ont trait à un cas très intéressant qui s'est présenté ces jours derniers à l'Hôpital Notre-Dame et dont les faits principaux sont relatés dans l'observation suivante.

Observation.—E* L*, âgé de 28 ans, est admis à l'Hôpital Notre-Dame (Salle St. Joseph, No. 16), dans le service de M. le Dr Laramée, le 26 février. Il se plaint de douleurs vives dans la région épigastrique, douleurs qui, d'après son récit, sont surtout vives depuis à peu près sept semaines, mais qui ne l'ont forcé de cesser tout travail que depuis un mois environ. Il est impossible d'obtenir de détails sur l'état de santé des parents du malade. Celui-ci ne semble pas jouir de la plénitude de ses facultés mentales, et ne donne de ses conditions de

santé antérieure et des détails de la maladie actuelle que des renseignement fort imparfaits. On apprend cependant qu'il a souffert de malaise d'abord et de douleur ensuite aux régions épigastrique et hépatique depuis deux ans. Ces douleurs, comme il vient d'être dit, sont surtout vives depuis sept semaines. On apprend aussi, d'autre source, que la santé de ce malade a, la plupart du temps, été assez délicate. Mais ce renseignement est trop vague pour être de quelque utilité. Le patient a toujours été sobre et a mené une vie constamment régulière, bien que la couleur de son nez indiquât de prime abord un *alcoolique*.

L'état du patient, lors de son admission à l'hôpital est comme suit : Faiblesse considérable ; dyspnée assez intense, la respiration étant de 40 par minute. Le pouls est accéléré, faible et petit. La température, je regrette de le dire, n'a pu être observée dans ce cas-ci. Cependant, elle n'est pas très élévée, autant qu'on en peut juger par le toucher. Le tissu cellulaire sous-cutané est légèrement infiltré de sérum, surtout aux parois antérieure latérale et postérieure de la poitrine et aux membres inférieurs. On remarque que sur la paroi antérieure de l'abdomen les veines superficielles sont gorgées de sang, indice d'une circulation difficile dans le système des veines intestinales.

Outre les douleurs vives qu'éprouve le malade dans la région du foie, qui l'empêchent de se redresser tout à fait, et le forcent à marcher un peu courbé, il y a aussi à la région hépatique une sensibilité considérable, tellement que le malade peut à peine supporter la plus légère pression. Cette sensibilité est évidente aussi à l'épigastre, mais moins que vers l'hypochondre droit. Avec cela il y a hypéresthésie s'étendant à toute la surface du corps. Toute la peau est sensible à la pression.

A l'auscultation, on n'entend le murmure respiratoire, du côté droit, qu'à la partie supérieure et moyenne du thorax, jusqu'à environ un travers de doigt au-dessous du mamelon. Du côté gauche, il y a aussi une légère diminution du murmure respiratoire, à la partie inférieure, mais non d'une manière marquée.

A la percussion on constate une matité bien caractérisée limitée par une ligne qui passerait à un travers de doigt au-dessous du mamelon droit et s'étendrait, jusqu'au même point du côté opposé pour revenir de là, en descendant obliquement à travers l'abdomen, passerait par l'ombilic et viendrait se terminer à environ un pouce et demi au-dessus de la crête iliaque droite.

Il n'y a ni nausée, ni vomissements. Les fonctions intesti-

nales sont régulières. L'urine contient une assez forte proportion de bile et la conjonctive a l'aspect jaunâtre de l'ictère. Pas de toux.

Le malade reste dans cet état jusqu'au 6 mars. Pendant tout ce temps on prescrit une nourriture concentrée et de facile digestion, quinine, etc. Le 6, le nez du patient commence à se tuméfier et présente bientôt l'apparence luisante de l'érysipèle. L'érysipèle se montre également dans les deux jours qui suivent, aux oreilles, au prépuce et sur les cuisses. Il a le caractère erratique. La fièvre augmente, le pouls s'accélère davantage, la respiration devient de plus en plus difficile et le malade meurt, le 8, autant par apnée que par asthénie.

L'autopsie est faite 60 hrs après la mort. En voici le résultat: A l'ouverture de l'abdomen, on voit que le foie occupe tout l'espace limité par la matité. Il est parsemé, comme vous le pouvez voir, de plaques blanches dont quelques-unes représentent des nodosités, et d'autres, des points ramollis. A la section il presente l'aspect que vous voyez ici. La vésicule biliaire est atrophiée. Le foie est adhérent au diaphragme. La cavité péritonéale est à moitié remplie d'un serum sanguinolent. Le foie repousse très en haut le poumon droit et même le cœur. Les deux plèvres contiennent une petite quantité de serum. Du reste, elles sont saines. La rate aussi est saine, de même que les reins. Le cœur est petit. L'estomac est parfaitement sain.

Le foie étant enlevé, on découvre au-dessous du duodénum et du colon une tumeur d'aspect blanchâtre et d'une consistance très dure. En essayant de la contourner, on voit qu'elle est adhérente en arrière à la colonne vertébrale et à la masse intestinale en avant. Cette tumeur est formée par le pancréas. Vous le voyez ici. Tous les lobules de cette glande ont été envahis par la maladie. Plusieurs sont ramollis.

Le foie pèse 127 onces et le pancréas 22 et demie. Vous savez que, à l'état normal, le foie d'un adulte pèse 53 et le pancréas, 3 onces.

L'examen microscopique a révélé la présence de cellules cancéreuses (grosse cellules à noyaux) dans les masses ramolies tant du foie que du pancréas.

Le cas que je viens de rapporter offrait certaines difficultés de diagnostic incontestables. En premier lieu il était impossible de reconnaître, par l'histoire clinique, l'existence d'une affection quelconque du pancréas, le foie, comme je l'ai dit, couvrant entièrement la partie antérieure et latérale droite de l'abdomen. De plus, les symptômes du cancer du pancréas sont en général très mal définis, et fort incertains.

Quant au foie lui-même, la difficulté de diagnostic tenait à l'âge du malade, à l'absence de symptômes gastriques, à l'absence de la cachexie cancéreuse et de cancer dans d'autres organes. De plus il y avait un peu de fièvre.

L'âge du malade devait faire rejeter, de prime abord, l'idée de cancer, puisque, en règle générale le cancer ne se montre qu'entre 40 et 60 ans. Cependant, les statistiques de Liechtenstern indiquent que sur 472 cas de cancer du foie, il en a découvert 37 où la maladie s'était manifestée chez des sujets de 20 à 30 ans, ce qui donne une proportion de 7 8/10 pour cent. (1)

Chose remarquable, les troubles gastriques ont été à peu près nuls dans tout le cours de la maladie. Il n'y a eu ni vomissements, ni diarrhée.

Quand la marche du cancer est rapide, dit Murchison, il peut y avoir un certain degré de fièvre (2). C'est ce que nous avons remarqué dans ce cas.

Le malade ne présentait certes pas l'apparence si caractéristique de la diathèse cancéreuse et n'était pas émacié à un degré bien marqué. Seulement il éprouvait une faiblesse extrême. Remarquons aussi qu'il ne se plaignait de douleurs vives que depuis à peu près sept ou huit semaines.

Le cancer primitif du foie est, comme vous le savez tous, moins fréquent que le concert secondaire. Liechtenstern énonce cet axiome de la manière suivante (3):

"Dans quels organes origine le plus souvent le cancer qui produit le cancer du foie? Il y a deux réponses à cela: 1o. Dans les organes dont le sang veineux se vide dans celui de la veine-porte, c'est-à-dire estomac, intestins (rectum), péritoine et pancréas; 2o. Dans les organes qui sont le plus souvent siège de cancer, c'est-à-dire estomac, uterus, mamelles, rectum, péritoine, pancréas et ganglions lymphatiques."

Dans le cas présent, le pancréas seul était envahi de concert avec le foie. Dans lequel de ces organes la maladie a-t-elle pris naissance? Les symptômes commémoratifs n'ont pu nous donner aucun renseignement là-dessus. Le cancer a dû, dans ce cas-ci, suivre une marche assez rapide, vu le peu de cachexie imprimée à l'organisme.

Si les conditions que je viens d'énumérer étaient de nature à rendre le diagnostic incertain, il en était d'autres, par contre,

(1) Ziemssen's Cyclopaedia—Vol IX, page 363.

(2) Murchison—Leçons cliniques sur les maladies du foie, page 217.

(3) Liechtenstern, *Op citat.*, p. 366.

qui auraient indiqué assez clairement la nature de l'affection, si nous en croyons Murchison.

Nous avions, par exemple, une augmentation considérable dans le volume du foie. Celui-ci était dur et résistant à la pression, en même temps que très douloureux au plus léger palper. Murchison dit que l'ictère existe dans un grand nombre de cas, et, une fois présent, disparaît rarement. Ici il n'était pas très considérable, comme nous l'avons vu, mais il a été persistant jusqu'à la fin.

La pression sur les veines intra-abdominales avait amené de l'ascite et un développement anormal des veines superficielles de l'abdomen. Ces deux caractères enrégistrés par Murchison comme appartenant au cancer ne pouvaient faire soupçonner, ici, que la présence d'une tumeur quelconque gênant la circulation des vaisseaux intra-abdominaux.

Murchison dit enfin que, dans le cancer du foie, la rate est rarement plus volumineuse qu'à l'état normal, ce qui constitue un caractère important pour distinguer le foie cancéreux du foie amyloïde ou cirrhotique. Dans le cas actuel, la rate était parfaitement normale en consistance et en volume.

REVUE DES JOURNAUX.

PATHOLOGIE ET CLINIQUE MÉDICALES.

De la constipation.—M. Lasègue.—La constipation est un retard d'évacuation par rapport aux habitudes d'un individu. Elle a des lois de périodicité non absolues mais relatives aux individus et à l'état différent de santé ou de maladie chez le même sujet. Pour juger de la constipation d'un individu, il faut tenir compte de ses habitudes antérieures.

La constipation n'est pas seulement horaire, mais encore quantitative. Ainsi tel individu qui ne va à la garde-robe que tous les jours, rend une quantité en rapport avec le stock des matières qu'il possède dans son magasin intestinal. C'est une question de doit et avoir, d'entrée et de sortie. Tel autre, au contraire, bien qu'il aille régulièrement chaque jour à la selle, rend moins que son stock ne l'exigerait, et par suite ne vide pas complètement son gros intestin.

Vous pouvez comparer cela à la vessie d'un homme qui urine cinq ou six fois dans une nuit. A-t-il pour cela vidé sa vessie ? Non, car il peut avoir une rétention vésicale, et rien ne dit que, malgré ces mictions répétées, il ne reste pas encore une certaine quantité de liquide dans le réservoir vésical.

Le nombre de fois, non plus que la régularité horaire, ne suffisent pas pour déterminer s'il y a ou non constipation, mais il est aussi nécessaire d'avoir la quantité.

Il y a donc deux constipations : la constipation apparente, celle qui est manifeste pour le malade, et la constipation latente, c'est-à-dire celle dont il ne se rend pas compte.

On peut avoir de la constipation tout en ayant une diarrhée de cinq à six selles même par jour. Vous avez dans ce cas, affaire à un constipé qui a détaché, à chacune de ses gardes-robes, une petite quantité de son stock ; la première fois ce sera une seule caprime, une petite crotte à peine grosse comme le bout du doigt, puis les selles suivantes, toutes diarrhéiques qu'elles sont, seront le résultat d'une sécrétion particulière qui liquéfie peu à peu partie des matières accumulées dans son gros intestin, comme une petite pluie mouille parfois considérablement un trottoir transformant en une liquide la poussière qui le recouvre, sans entraîner pour cela toutes immondices qui y ont été déposées.

La constipation peut donc exister avec des matières rendues fréquemment, chichement et sèchement, comme elle peut exister avec des matières rendues fréquemment, chichement et humidement.

C'est alors qu'appelé auprès d'un malade pour cette diarrhée qui s'allie parfaitement à une constipation qu'on vous laisse ignorer parce qu'elle est latente et dont vous n'avez nul souci, que vous ignorez absolument, vous ordonnez bravement, et sans examen, de l'opium, fournissant ainsi un nouvel aliment à cette constipation que vous auriez dû combattre, mettant ainsi un nouveau bouchon à la bouteille de votre malade.

Tout homme doit-il, ou non, rendre une certaine quantité de matières dans un temps donné, et, s'il ne le fait pas, manque-t-il à tous ses devoirs ? Ces matières doivent-elles être rendues proportionnellement à la dose qui a été ingérée, et à la manière dont elles ont été ingérées, autrement dit en un ou plusieurs repas ? Doivent-elles être rendues proportionnellement aussi à la qualité des aliments introduits dans le gros intestin, proportionnellement aux déperditions qui peuvent se faire par d'autres voies telles que les urines, la sueur, etc., et ces déperditions ont-elles une influence sur la qualité même de la matière et facilitent-elles leur induration ?

Vous voyez que le problème de la constipation est loin d'être simple.

Un homme est au lit depuis huit jours, par exemple, pour une pleurésie, une bronchite ou autre accompagnée d'une fièvre modérée, son régime est annulé; antérieurement à cet état morbide, il n'avait jamais de constipation, et le voilà qui tout à coup reste sept ou huit jours sans aller au garde-robe, c'est-à-dire dès le début de sa maladie. Son médecin a oublié de s'en occuper, et ce n'est qu'un certain jour qu'il s'aperçoit qu'il y a là une rétention des matières fécales. Quant au malade, il ne s'en étonne nullement; il y a huit jours, dit-il, qu'il n'a rien mangé; il n'a rien pris, il n'a rien; pas d'argent, pas de suisse. C'est une phrase que vous entendrez prononcer chaque jour.

Toutes les fois qu'en médecine une induction est tirée du sens commun, elle est mise à la porte. Nous vivons non pas sur ce qu'on dit, mais sur ce qui est. C'est ainsi que nous ne tenons pas compte de ce que nous dit le malade sur l'absence d'alimentation, comme cause de sa constipation, et nous ordonnons un purgatif afin de faciliter l'écoulement du stock des matières intestinales accumulées. Le malade pourra remplir un vase à la suite de ce purgatif sans que pour cela ce vase soit plein de matières fécales. mais bien rempli par la sécrétion liquide due au purgatif, et les matières n'auront de fécales que l'aspect. La quantité rendue ne prouvera donc rien relativement au stock dont l'intestin aura été débarrassé.

Comment donc reconnaître la constipation véritable de la rétention fécale? Les rétentions fécales absolues, telles qu'elles constituent une dérogation aux lois physiologiques, sont de la rétention, tandis que la constipation dans laquelle il entre d'autres éléments est une constipation proprement dite.

Dans toutes nos conversations médicales, la constipation est doublée d'une épithète, et nous disons que le malade a une constipation habituelle, c'est-à-dire un état flottant, incertain. Il faut donc séparer ces deux mots, dont le plus difficile à étudier est bien certainement la constipation. La rétention fécale peut parfois entraîner la mort. Elle peut se faire dans différentes régions de l'intestin.

Et ici nous allons faire une série de demandes et de réponses comme dans le catéchisme.

D. Dans quelle région la rétention fécale a-t-elle lieu de préférence?

R. On suppose qu'elle a lieu de préférence dans l'extrémité inférieure du rectum?

D. Pourquoi a-t-elle lieu de préférence en cet endroit?

R. Parce que c'est là qu'on la rencontre avec le doigt.

D. Pourquoi ne se ferait-elle pas plus haut dans le gros intestin.

R. Parce qu'on ne peut pas l'y reconnaître.

D. Pourquoi ne peut-on pas l'y reconnaître ?

R. Parce qu'il n'existe aucun moyen de la distinguer, si ce n'est dans la région cæcale, dans la typhlite.

La rétention fécale dans le côlon est surtout difficile à reconnaître lorsque le malade a, de temps à autre, des petites évacuations trompeuses.

A ce sujet, et pour couper un peu l'aridité du sujet que je traite, je vous raconterai l'histoire suivante : A l'époque où j'étais chef de clinique de Trousseau, celui-ci donnait des soins à un personnage célèbre, surtout par les caricatures qui en étaient journellement faites par des artistes avec lesquels il s'était lié, à tel point que sa charge se voyait partout. C'était un chef de bureau d'un ministère quelconque, qui avait remplacé nn œil perdu par un bandeau noir, de préférence à un œil de verre, qui, disait-il, se voyait beaucoup plus. Cet homme était porteur d'nn ventre si colossal qu'il ne ressemblait à rien ; seul un potiron sur sa tige pouvait lui être comparé. Un beau jour, il tomba malade, et ce ventre, si extraordinairement volumineux, augmenta encore : il souffrait beaucoup, mais il n'existait ni diarrhée, ni constipation, pas de vomissements, à peine quelques nausées. Médecins sur médecins furent appelés, chacun de porter un diagnostic plus ou moins fantaisiste, lorsqu'une nuit, tout à coup, huit à dix mois après le début de ses souffrances, notre homme est réveillé par un mal soudain, et n'a que le temps de sonner son domestique pour qu'on lui apporte en hâte un vase de nuit; mais à peine celui-ci est-il rempli jusqu'au bord, que nouveau coup de sonnette, nouveau vase demandé, nouveau vase rempli ; troisième coup de sonnette, troisième vase apporté et rempli : le domestique est... sur les dents, et suffit à peine à la consommation des pots de chambre ; enfin, an dix-septiième, l'intestin était satisfait, et notre homme éprouvait un de ces bien-êtres comme il n'en avait eu depuis longtemps. Sa maladie avait donc consisté tout simplement dans une rétention fécale de dix-sept pots de chambre, ce dont personne n'avait eu garde de se douter, d'abord par la difficulté d'explorer un pareil abdomen, ensuite par la régularité de son fonctionnement intestinal, tel que, comme l'employé de bureau modèle, il consultait chaque jour sa montre pour ne pas oublier l'heure réglementaire de sa présentation aux water-closets. Et le lendemain, Trousseau, en arrivant à l'Hôtel-Dieu, s'empressa d'aborder ses collègues

réunis dans la salle des médecins, qui devisaient encore de ce malade et du diagnostic de cette affection et leur disait: " Vous savez: Un tel," et chacun de s'écrier : " Saprelotte ! oui, nous le savons, sa tumeur ? Aurait-il succombé ?—Sa tumeur, répond Trousseau d'un air bourru, cette fameuse tumeur, c'était de la.....! "

Stupéfaction générale.

A la sortie de l'hôpital, comme un de ses confrères lui reprochait l'expression qui lui avait échappé, Trousseau lui répondit: " Eh bien ! quand j'aurais dit des excréments, cela aurait-il sauvé grand'chose ? "

Mais revenons à la rétention fécale. La cause peut aussi exister non plus dans l'intestin lui-même, mais en dehors, et nuire à sa perméabilité ou l'obstruer. Telles sont: l'augmentation du volume de l'utérus, la grossesse, la tuméfaction de l'ovaire, la formation de brides dans le ventre à la suite de peritonites, etc.

Dans une autre catégorie rentrent les intoxications, notamment l'intoxication saturnine, ou l'ingestion de certains médicaments spéciaux, tels que le fer, qui amène parfois chez les jeunes filles des rétentions terribles, et l'opium, mais celui-ci moins cependant que le fer et le plomb.

Il existe d'autres causes, maiscelles-ci d'un ordre plus délicat, très importantes, et qui se rapportent au fonctionnement du système nerveux relativement au mécanisme intestinal.

Parmi les affections de l'intestin d'origine nerveuse, nous avons les affections centrales, telles que la méningite infantile, qui amène une constipation absolue malgré les médicaments employés pour la combattre, si ce n'est parfois dans les derniers moments. Mais, de toutes, l'hystérie est le triomphe de la rétention fécale.

Une hystérique, dont la rétention fécale n'a d'autre origine que son état nerveux, la supporte avec indifférence, et sa durée peut varier de huit jours à six semaines, plus encore, parfois de six semaines à trois mois, voire même à six mois. J'ai eu l'occation de voir une rétention de six mois, j'entends du moins qu'on me l'a dit dater de cette époque ; personnellement je n'en pouvais rien savoir, et franchement je ne pouvais suivre partout ma malade avec un panier pour recevoir ce qu'elle aurait eu besoin de rendre. Nous n'avons donc aucun moyen de vérifier l'authenticité de pareils faits, surtout lorsqu'ils se passent dans un pensionnat de jeunes filles, et, vous le savez, nul n'est trompeur comme une hystérique. Eh bien ! vous verrez chez de pareils sujets des rétentions fécales de trois mois supportées sans aucune incommodité.

Il est donc des cas où l'intestin n'est nullement touché par la présente de matières fécales accumulées, tandis qu'il en est d'autres où la rétention de courte durée peut amener des désordres. Les phénomènes sont donc complètement différents ; de là un rôle différent aussi dans l'emploi des purgatifs selon que le bouchon fécal obture complètement ou incomplètement le tube intestinal. c'est-à-dire selon qu'il existe une obstruction absolue ou une simple rétention fécale.—*Le Nouveau Journal Médical.*

—

Des accidents à la suite des opérations d'empyème.—A la suite des injections faites dans la cavité pleurale, et que nécessite l'opération de l'empième, on voit survenir parfois des accidents effrayants caractérisées principalement par des mouvements épileptiformes et se terminant quelquefois par la mort. Quand Maurice Raynaud communiqua, en 1875, à la Société médicale des hôpitaux ses deux premières observations, il terminait en disant : " Soyez certains que ce ne seront pas les seuls cas, il en viendra d'autres. " En effet, l'attention une fois éveillée, Roger, Brouardel, Vallin, Lépine, Leudet, Goodhart, Williams, Laveran, Butlin, Cayley, etc., publièrent des observations. Les thèses de Auboin et Bertin du Château, celle de Landauzy mirent la question à son plan et lui donnèrent tout le relief qu'elle mérite. Le Dr G. Martin rassemblant tout ce qui avait paru sur ce sujet et y ajoutant des observations personnelles a fait de cette étude l'objet d'un travail inaugural. D'après lui, les injections faites dans la cavité pleurale après l'opération de l'empyème peuvent provoquer des accidents de deux ordres : les uns survenant brusquement sont surtout caractérisés par une perte subite de connaissance, de convulsions épileptiformes et l'état de mort apparente pendant un temps variable ; la situation est grave, et l'issue est fatale dans le tiers des cas. Les autres, se produisent lentement, sont caractérisés par une paralysie revêtant tantôt la forme monoplégique, tantôt la forme hémiplégique : ceux-ci disparaissent rapidement et sans laisser de traces.

Que l'origine de ces accidents soit, comme le veut Maurice Raynaud, une compression du nerf phrénique, une anémie bulbaire comme l'admet Vulpian, ou un réflexe produisant un désordre d'inervation du système médullaire, nous ne nous y arrêterons pas, constatant seulement que l'autopsie n'a jamais montré de lésions capables d'expliquer les convulsions toniques et cloniques. Il vaut mieux remarquer que c'est surtout entre 20 et 30 aus et principalement chez les hommes qu'on a

observé ces phénomènes sans que le siége de l'empyème et la nature du liquide injecté aient une notable influence, et signaler que dans presque toutes les observations ils se sont produits quand l'injonction était poussée trop fortement ou le liquide injecté trop abondant. Le précepte de faire des lavages lentement et avec la plus grande précaution ressort nettement des résultats de l'expérience et s'impose à l'opérateur. Pendant l'accès on ne pourra faire autre chose que d'essayer, par des frictions excitants, de réveiller l'action du cœur et au besoin on pratiquera la respiration artificielle: la médication est nulle, et les divers essais n'ont jamais produit rien qui vaille en pareille circonstance.—*Revue de Theurapeutique.*

—

Nouveau procédé d'anesthésie.—Un dentiste de Philadelphie, le Dr Bonwill, fait faire à ses clients qu'il doit opérer une série d'inspirations aussi rapides et aussi profondes que possible, pendant environ une minute. Dans ces conditions, on peut arracher les dents les plus solidement enracinées, ouvrir les abcès, cautériser les nerfs, faire enfin toutes les opérations de courte durée les plus douloureuses, sans que le patient accuse la moindre douleur. Il importe que, tant que dure l'opération, le malade continue à respirer de la manière que nous venons d'indiquer, à raison d'au moins cent mouvements respiratoires par minute.

Le Dr Lee (de Philadelphie) a, de son côté, appliqué avec succès ce procédé. Il a pu, chez un jeune homme nerveux, ouvrir un abcès du périnée, sans que le patient manifestât la moindre douleur; il fit une incision longue d'un pouce et qui donna issue à une grande quantité de pus. Le malade, qui n'avait rien ressenti, fut tout surpris d'apprendre la fin de l'opération qu'il appréhendait tant. Plus tard, des trajets fistuleux s'étant établis, le Dr Lee coupa avec des ciseaux des brides charnues longues d'un pouce chacune, sans que le malade ressentit encore la moindre douleur.

Ce procédé d'anesthésie semble jouir déjà d'une certaine faveur en Amérique. Le Dr Howson n'aurait plus recours qu'à lui dans sa pratique obstétricale. Si, d'autre part, on emploie cette méthode simultanément avec les agents ordinaires de l'anesthésie, il faudrait employer une moindre dose d'anesthésique pour obtenir le sommeil et la résolution musculaire.

Ces faits curieux méritaient de fixer l'attention. Tout d'abord, il fallait les contrôler: c'est ce que vient de faire un dentiste de Monaco, M. Ash, et il a pu extraire 15 dents par

ce procédé, toujours avec un excellent résultat. Nous rapportons une seule des observations de M. Ash :

" Demoiselle de 20 ans, dents très-serrées gencives enflammées, extraction de la première grosse molaire gauche de la mâchoire inférieure. Après 40 secondes de respirations profondes et rapides, la dent est enlevée sans souffrance. La demoiselle, qui était très-effrayée et avait souffert dans d'autres circonstances, s'écrie : " Mais ce n'est rien du tout !

Quelle explication peut-on donner de ce faits ? Le Dr Bonwill pense que, dans ce cas, l'anesthésie est due : 1° à la tension d'esprit et à l'effort constant de volonté qu'exigent les mouvements respiratoires forcés ; 2° à l'hyperhémie qu'amène le retour plus lent du sang au cerveau ; 3° à l'accumulation de l'acide carbonique dans le sang.

De toutes ces explications, aucune ne nous semble plausible. Ne doit-on pas plutôt attribuer ces faits à l'accumulation de l'oxygène dans le sang ? On sait, en effets, depuis les travaux de M. Paul Bert, que ce gaz, lorsqu'il est inhalé en trop grande proportion, agit sur le systsme nerveux d'une façon toute spéciale. Quoi qu'il en soit, ces faits méritaient d'être signalés à l'attention des chirurgiens. (R. BLANCHARD, in *Progrès Médical.*)

Ajoutons encore que le fait de respirer fortement pendant un certain temps diminue très-certainement la sensibilité. Un homme qui vient de courir et dont la respiration est haletante peut subir un traumatisme périphérique sans presque aucune soufirance. Nous avons sur nous-même remarqué le fait suivant : A l'état normal, il nous est impossible de boire du cognac, même en petite quantité, sans avoir une sensation de brûlure à la gorge. Mais après une course, un exercice violent d'équitation ou d'escrime, nous pouvons absorber un petit verre d'eau-de-vie sans éprouver cette sensation désagréable. Il y a donc, à notre avis, certainement quelque chose d'exact dans les faits relatés plus haut.—*Le Praticien.*

—

De l'introduction des aliments par les narines.—M. FERNET propose, quand le passage des aliments par la bouche est impossible, de les faire prendre par le nez. Voici en quoi consiste le procédé :

Le malade étant couché sur le dos, le haut de la poitrine et la tête légèrement relevé par les oreillers, on introduit dans la partie postérieure de l'une des narines l'extrémité effilée d'une cuiller ou le bec en biseau d'une cafetière ou du biberon dont

on se sert pour les hôpitaux ; puis on verse doucement le liquide : celui-ci glisse sur le plan incliné que forment le plancher des fosses nasales et la face supérieure du voile du palais, et arrive ainsi directement dans le pharynx, où il provoque le mouvement de déglutition.

A mesure qu'on verse ainsi la boisson alimentaire d'une façon continue, on entend et on voit le malade avaler à intervalles réguliers : si la petite manœuvre est bien conduite et assez lentement, aucun incident n'entrave l'opération, et le repas n'offre pas plus de difficultés et n'exige pas plus de temps que si les aliments pouvaient être administrés par la bouche. Quelquefois, lorsque le liquide est versé trop vite ou quand la sensibilité du pharynx est trop émoussé pour que l'excitation provoque le mouvement réflexe de déglutition, quelques gouttes du liquide s'égarent dans le larynx et amènent des secousses de toux ; mais cet inconvénient, auquel on remédie d'ordinaire en agissant très doucement, n'apporte pas un obstacle sérieux à l'opération.—*Revue de Thérapeutique.*

—

Sciatiques guéries par les courants continus.— M. V.-P- Gibney rapporte quinze cas de sciatique rebelle guéris par l'application des courants continus. Le point le plus important à noter, c'est que le nombre des séances est relativement petit (quinze en moyenne). Il n'est pas nécessaire d'avoir des batteries très fortes ; des courants moyens ont semblé préférables. Il pense que la direction du courant n'a qu'une importance secondaire ; cependant il a toujours employé les courants descendants. Il place le pôle positif sur le tronc du nerf à son point d'émergence, et le pôle négatif au siége de la douleur. La durée des séances droit être de dix minutes environ. (*Practitioner.*)—*Revue de Thérapeutique Méd.-Chirur.*

—

Sur un mode de réveiller les contraction du cœur qui a cessé de battre, par J.-C. Reid, M. D.—Quand j'étais enfant, raconte l'auteur, je me rappelle que mon père fut appelé d'une jeune femme qui avait un accès. Mon père était absent. Quant il revint, un envoyé lui annonça qu'il était trop tard, que la malade était morte. Il s'y rendit néanmoins, demande l'eau chaude et fit couler sur la région précordiale un jet continu de cette eau. Peu à peu les battements du cœur revinrent et la malade fut rendue à la vie. Ce souvenir de son

enfance a fait récemment appliquer le même remède du docteur Reid sur un vieillard qui semblait avoir succombé à une accès et dont les battements cardiaques avaient cesse. Ce moyen rappela le vieillard à la vie. (*British Medical Journal.*)—*Revue de Trérapeutique Médico-Chirurgicale.*

—

L'estomac et le système nerveux.—Le Dr LEVEN a fait, sous ce titre, à la Société de biologie, l'intéressante communication qui va suivre.

Les réactions de l'estomac sur le système nerveux ne sont pas décrites jusqu'à présent. Les faits cliniques qui les démontrent sont très nombreux.

Dès que la dyspepsie dure quelque temps avec intensité, tout le système nerveux est mis en branle. L'hyperesthésie est la première manifestation, la plus commune parmi les phénomènes nerveux dus à la dyspepsie. Elle a été rapportées jusqu'à présent à l'hystérie : c'est là une erreur clinique ; elle est tributaire de la dyspepsie seulement. Sur 100 malades dyspeptiques dont j'ai groupé les observation, je compte 53 hommes et 47 femmes.

L'hyperesthésie paraît chez l'homme après l'âge de 30 et 40 ans en général, et on la rencontre souvent après 50 et 60 ans. Quand l'hyperesthésie existe du côté droit ou gauche, compliquée de fourmillements et de phénomènes cérébreux, vertige, céphalalgie, etc., les médecins craignent en général quelques affection cérébrale. L'hyperesthésie se développe parallèlement à la dyspepsie, grandit et disparait avec elle. Bien des erreurs de diagnostic sont faites parce qu'on en a méconnu jusqu'à présent l'origine et la portée.

Chez la femme, ce symptôme parait plus tôt que chez l'homme. La raison en est que c'est la menstruation, ce sont les grossesses qui produisent la dyspepsie. L'hyperesthésie est le fait de la dyspepsie ; seulement, si elle paraît chez une hystérique, c'est que l'hystérie est compliquée de dyspepsie. Le signe propre à la névrose hystérique est l'anesthésie que je n'ai jamais observée dans la maladie de l'estomac. Sur les 53 hommes dyspeptiques, 37 présentaient de l'hyperesthésie. Sur les 47 femmes, il y en a 44 qui avaient la peau, les muscles hyperesthésiés.

On peut presque dire, d'après la statistique que ce symptôme est aussi fréquent chez l'homme que chez la femme, et que c'est surtout chez l'homme arrivé à la maturité qu'on la constate. Cependant je l'ai notée chez des enfants (garçons et filles) âgés de 8 et 10 ans.

La dyspepsie, tant qu'elle ne se caractérise que par des symptômes locaux, gaz, acidités, gonflement de l'estomac, est une maladie qui guérit assez rapidement; mais elle devient tenace aussitôt que le système nerveux est envahi.

Jusqu'à présent ces symptômes éloignés avaient échappé à l'attention des médecins, parce qu'on n'avait fait de la dyspesie qu'un trouble fonctionel. Mais on comprend que l'estomac étant un organe sujet à la maladie, ces congestions sont l'origine de symptômes multiples dont le plus grand nombre paraissent dans le système nerveux. Les développements que j'ai à donner à cette question mettront en évidence l'exactitude des idées que je professe sur la fonction et la maladie de l'estomac.—*Revue de Thérapeutique Médico-Chirurgicale.*

—

Traitement hygiénique des calculs biliaires, par Bouchardat.—1° S'abstenir de pain, de graines, d'œufs, d'aliments azotés en excès, d'oseille, de tomates, de liqueurs fortes, de poissons, de crustacés, de coquillages, de fromages avancés; manger les légumes ordinaires, les herbes qui renferment de la potasse, préférable ici à la soude. Faire de la médication alcaline indirecte sous la forme de malates, citrates, tels qu'ils sont contenus dans les fruits; fruits oléagineux en quantité modérée; vin rouge léger étendu d'eau.

2° Entretenir la liberté du ventre en prenant au réveil depuis une cuillerée à café jusqu'à une cuillerée à bouche de tartrate de potasse et de soude et de sulfate de soude, parties égales, dans un verre de macération de racine de réglisse, de limonade ou d'orangeade fortement sucrée.

3° Exercice modéré.

4° Activer les fonctions de la peau par des lavages, frictions fréquentes et massages avec la main enduite de quelques gouttes d'huile parfumée. Chaque semaine, un à trois bains avec :

Carbonate de potasse	100	grammes.
Essence de lavande.....	2	—
Teinture de benjoin, vanille.....	5	—

5° *a.* Dans un but d'expulsion, matin et soir, 1 à 3 perles d'essence de térébenthine et 1 à 2 perles d'éther. On peut les prendre aux repas, préférablement entre.

b. Pour empêcher la formation des calculs, pendant dix jours, matin et soir, avant chaque repas, une pilule de 0,1 déc. de

tartrate de potasse et de lithine; pendant dix autres jours, matin et soir, une cuillerée à bouche de :

Sir. des 5 racin. apéritives..... 400 grammes.
Acétate de potasse... .... 20 —

Pendant dix autres jours, un litre d'eau chaque jour contenant 10 gr. de tartrate de potasse et de soude.

Au printemps, le matin au réveil, pendant un mois, 120 gr. de sucs d'herbes (laitue, chicorée, pissenlit, parties égales), plus 5 gr. d'acétate de potasse.

c. Saison à Pougues, Vals, Vichy.—Dr E. Monin.—*Revue de Thér. Méd.-Chir.*

PATHOLOGIE ET CLINIQUE CHIRURGICALES.

De l'ablation des tumeurs par morcellement.—Le traitement des tumeurs se fait par incision, par excision, par ligature, par énucléation, par écrasement, par broiement. Ces méthodes sont longuement décrites dans tous les traités de médecine opératoire: elles ne doivent pas nous occuper.

Il en est une autre sur laquelle les chirurgiens ont peu insisté et qui nous a donné les meilleurs résultats chez plusieurs des malades que nous avons soumis à l'appréciation des membres de l'Académie: c'est celle à laquelle nous avons donné le nom de *morcellement.*

Elle consiste à diviser, au cours de l'opération, les tumeurs en plusieurs parties: deux, trois ou plus, dans le but d'en faciliter et d'en hâter l'extirpation.

A vrai dire, elle n'est pas indispensable pour l'ablation de toutes les tumeurs. Elle est surtout indiquée pour celles qui sont volumineuses, difficiles à poursuivre par dissection à la périphérie; pour celles qui sont en rapport avec des organes délicats qu'il faut ménager; pour celles dont les vaisseaux, peu développés au centre, le sont, au contraire, tellement à la surface que l'hémostase serait difficile au cours de l'opération; pour celles qui sont logées dans des cavités anfractueuses, et qui ne pourraient être attaquées par un autre procédé sans exposer à des délabrements inutiles; pour celles qui, profondément situées, sont masqués par des organes importants du côté de leur implantation. Elle n'est guère contre-indiquée que pour les tumeurs qui, par leurs vaisseaux ou par ceux des or-

ganes qui s'y rendent, sont peu favorables à l'hémostase préventive, temporaire ou définitive comme certaines tumeurs érectiles osseuses, lesquelles, d'ailleurs, sont exceptionnelles. Pour bien faire comprendre le mode d'application du morcellement, nous passerons en revue plusieurs séries de tumeurs.

La première série comprend celles qui sont sous-cutanées ou tout au moins peu profondes, entourées d'une capsule propre et placées au milieu d'organes qu'il est sans danger d'intéresser.

Bon nombre de ces tumeurs sont, comme on le sait, assez faciles à enlever par dissection ou par énucléation. Dans ces cas, le morcellement a pour avantage d'amoindrir la durée et les difficultés de l'opération. Prenons par exemple une de ces tumeurs hypertrophiques ou sarcomateuses, pourvues de mobilité, que l'on observe communément dans l'épaisseur de la mamelle, et dont le tissu n'a pas encore contracté d'adhérences inflammatoires ou autres avec les tissus ambiants. Voici comment nous opérons leur ablation par morcellement :

La tumeur et les téguments qui la recouvrent étant saisis et tendus à la périphérie par la main d'un aide où par celle de l'opérateur, celui-ci pratique, suivant le grand axe, dans la direction la plus favorable à l'écoulement ultérieur des liquides plastiques, une incision qui intéresse à la fois la peau, le tissus cellulaire et la masse morbide elle-même jusqu'à sa face profonde. A ce niveau, le chirurgien redouble de précautions pour ne pas diviser les tissus sains. Cela fait il saisit chaque moitié de la tumeur et l'extirpe avec les mains, la spatule ou le bistouri. Cet arrachement est exécuté aussi rapidement que possible, et quelques pinces hémostatiques, suffisent à prévenir tout danger d'hémorrhagie.

A côté de ces cas, qui sont à la fois les plus rares et les plus simples, se placent ceux de la seconde série, qui présentent déjà un peu plus de difficultés.

S'agit-il, par exemple, de lipomes dits en masse ou de productions analogues ? Tout d'abord l'opérateur procède comme ci-dessus à l'ablation de la portion principale de la tumeur. Mais il reste, à son pourtour un ou plusieurs lobes qui étaient seulement annexés et qu'il faut également enlever. La méthode, pour cette raison, parait un peu moins brillante, mais n'en est pas moins avantageuse en allégeant encore les difficultés et la durée de l'opération.

La troisième série comprend les tumeurs implantées plus profondément au milieu de muscles, de vaisseaux ou de nerfs importants, sur une aponévrose ou sur un os ; ou bien les tumeurs ganglionnaires entourées d'une capsule propre et séparées par des cloisons ; ou encore les lopes multiples d'une glan-

de hypertrophiée ou sarcomateuse. Voici comment nous appliquons alors le morcellement :

Si la tumeur est implantée sur une aponévrose par un pédicule, nous la coupons comme précédemment, puis nous extrayons les fragments après avoir excisé le pédicule et placé sur lui des pinces hémostatiques. Si la tumeur est implantée sur un os par une base osseuse ou cartilagineuse, nous la sectionnons tout d'abord avec le bistouri, la gouge ou la scie de notre polytritome et nous enlevons la masse principale avec le davier. Cette manœuvre nous permet d'examiner sans difficulté le siége et le mode d'implantation et d'extraire à son tour, par morcellement, le pédicule. Pour mieux y parvenir nous détachons avec la gouge et le maillet la lame compacte qui émerge de l'os, et nous évidons, aussi largement qu'il convient, le tissu spongieux dégénéré ; grâce à ce morcellement, les dangers dangers de l'opération sont notablement atténués.

S'agit-il de procéder à l'ablation des masses ganglionnaires conglomérées, hypertrophiques, caséeuses ou sarcomateuses, séparées par des cloisons cellulo-vasculaires et cotoyées de toutes parts par des organes importants ? Dès que la masse principale de la tumeur est mise à découvert par une incision convenablement dirigée, il faut couper à son tour la capsule d'enveloppe des ganglions les plus superficiellement placés, pour inciser avec le bistouri ou la spatule le tissu morbide, le fragmenter et faciliter son ablation avec l'ongle ou tout autre instrument mousse. De la sorte, il ne restera que les cloisons intermédiaires qu'il n'y aura lieu d'inciser qu'au niveau des points les mieux situés pour l'écoulement ultérieur des liquides de la plaie.

S'agit-il d'enlever les lobes multiples d'une glande hypertrophiée ? Après avoir successivemeet mis à nu, comme dans le cas précédent, chacun de ces lobes, le chirurgien incise la capsule propre qui les entoure, les énuclée et les excise successivement, tout en ayant soin de ménager les vaisseaux et les nerfs importants qui les recouvrent,

Dans une quatrième série, nous rangerons les tumeurs situées dans une cavité profonde, un canal, un sinus, une loge splanchnique. Pour leur appliquer le morcellement, s'il est utile, le chirurgien devra nécessairement redoubler de précautions. Supposons, par exemple, qu'il veuille procéder à l'extirpation d'un polype naso-pharyngien qni envoie des prolongements volumineux dans les fosses nasales, la gorge, la joue, la tempe. Tout d'abord le chirurgien met à nu la tumeur au moyen d'un lambeau préliminaire emprunté aux parties molles et d'une résection partielle du maxillaire supérieur. Cela fait, au moyen

de notre pince-scie, il coupe, successivement, sans hémorrhagie, chacun des lobes de la tumeur jusqu'au point d'implantation.

S'agit-il d'un sarcome du sinus maxillaire qui, en s'étendant, en a détruit les parois osseuses et a envoyé des prolongements dans les régions voisines, la tempe, la pommette, la joue? Nous commençons par mettre à nu le maxillaire en détachant les parties molles et en les relevant sous forme d'un lambeau. Ce temps de l'opération, grâce à nos pinces hémostatiques, s'exécute encore sans perte de sang. Cela fait, avec notre pince rachitome, nous coupons d'avant en arrière la voûte palatine osseuse en dehors de la cloison des fosses nasales, et avec la pince de Liston nous coupons transversalement la branche montante à la hauteur de l'unguis; puis avec un fort davier nous retirons par morceaux les portions nasale, alvéolaire et palatine du maxillaire, si bien que le tissu morbide se montre ensuite à découvert par ses faces antérieure et inférieure. Nous plaçons alors au fond de la fosse nasale correspondante et du sillon vestibulaire inférieur de chaque côté, près des bords de l'épiglotte, des éponges montées sur de pinces afin d'empêcher le sang de passer dans le larynx; puis, avec une gouge coudée, à tranchant large de 2 à 3 centimètres, nous enlevons par morcellement toutes les parties constituantes de la tumeur, si bien que les parois distendues du sinus deviennent apparentes à leur tour. Celles-ci sont ensuite réséquées en conservant le périoste qui les double, s'il est sain, en l'excisant également, s'il est malade; et, pour ne rien négliger, l'opérateur termine en enlevant largement les prolongements profonds de la tumeur. Pendant ce temps, les vaisseaux sectionnés sont comprimés avec des éponges ou avec des pinces hémostatiques.

Il est bien entendu que le manuel du morcellement sera dirigé suivant les mêmes principes quand les tumeurs occuperont le maxillaire inférieur la langue, les amygdales, les joues et toutes les autres régions de la face. Et c'est grâce à cette méthode que nous pouvons journellement enlever de vastes productions morbides implantées dans les cavités nasale ou buccale avec une grande rapidité et sans crainte de voir le sang passé dans les voies aériennes en produisant l'asphyxie, comme quelques chirurgiens éminents paraissent tant le redouter.

S'agit-il enfin de ces grandes tumeurs qui prennent naissance dans les cavités splanchniques, aux dépens d'organes qui ne sont pas indispensables à la vie, tels que l'ovaire, l'utérus, le rein, la rate, le mésentère?

En pareil cas, le morcellement donne parfois des résultats tellement avantageux qu'il ne faut pas hésiter à y recourir. En ce qui concerne les tumeurs ovariennes, c'est surtout pour celles qui sont aréolaires ou sarcomateuses que cette méthode est utile. Dès que, au moyen de l'incision préliminaire, la tumeur est mise à nu et qu'elle a été vidée partiellement par ponction, le chirurgien doit exciser les lobes qui s'opposent au détachement des adhérences, à leur attraction au dehors, en même temps qu'il broie avec la main les loges intérieures de la tumeur. Convenablement dirigées, ces manœuvres n'exposent pas aux hémorrhagies, surtout si le chirurgien se sert des pinces hémostatiques de divers modèles que nous avons fait construire depuis de longues année à cette usage.

S'agit-il de tumeurs spléniques, rénales, pelviennes, mésentériques ? C'est alors que le morcellement devient nécessaire pour bien mettre à découvert la surface d'implantation. Lui seul permet de bien voir les vaisseaux et les organes accolés à la périphérie, de les pincer, de les lier, de les isoler. En agissant autrement, le chirurgien serait à chaque instant exposé à faire des délabrements inutiles, peut-être même à ne pas achever l'opération.

Quant au morcellement qui convient à l'ablation des grandes tumeurs kystiques et fibro-kystiques de l'utérus, nous l'avons déjà fait connaître à l'Académie. Nous n'y reviendrons pas. Il exige des précautions particulières en raison de la richesse et du calibre des vaisseaux périphériques. C'est pour ne s'être pas conformé aux règles que nous avons tracées que quelques chirurgiens l'ont combattu, objectant, que, en pareil cas, il allonge sensiblement la durée de l'opération. Ce reproche serait fondé si nous avions proposé d'appliquer le morcellement aux tumeurs utérines peu volumineuses, pédiculées, faciles à attirer au dehors par une courte incision. C'est sans doute parce que dans leur pratique ces opérateurs n'ont abordé que l'ablation de ces petites tumeurs qu'ils ont combattu notre méthode. Mais leurs objections tomberont d'elles-mêmes quand ils ne craindront pas, comme nous, d'aborder spécialement l'ablation des grandes tumeurs qui remplissent toute la cavité pelvi-abdominale, c'est-à-dire celle dont l'ablation d'une pièce serait impossible, même en leur imprimant des mouvements de bascule et en faisant sur la ligne médiane du pubis à l'épigastre une incision démesurément longue. C'est alors que le morcellement seul est applicable. D'ailleurs les nombreux exemples de guérison que nous avons obtenus sont les meilleurs arguments à opposer à ceux qui préfèrent critiquer qu'appliquer notre méthode.

observé ces phénomènes sans que le siége de l'empyème et la nature du liquide injecté aient une notable influence, et signaler que dans presque toutes les observations ils se sont produits quand l'injonction était poussée trop fortement ou le liquide injecté trop abondant. Le précepte de faire des lavages lentement et avec la plus grande précaution ressort nettement des résultats de l'expérience et s'impose à l'opérateur. Pendant l'accès on ne pourra faire autre chose que d'essayer, par des frictions excitants, de réveiller l'action du cœur et au besoin on pratiquera la respiration artificielle: la médication est nulle, et les divers essais n'ont jamais produit rien qui vaille en pareille circonstance.—*Revue de Theurapeutique.*

—

Nouveau procédé d'anesthésie.—Un dentiste de Philadelphie, le Dr Bonwill, fait faire à ses clients qu'il doit opérer une série d'inspirations aussi rapides et aussi profondes que possible, pendant environ une minute. Dans ces conditions, on peut arracher les dents les plus solidement enracinées, ouvrir les abcès, cautériser les nerfs, faire enfin toutes les opérations de courte durée les plus douloureuses, sans que le patient accuse la moindre douleur. Il importe que, tant que dure l'opération, le malade continue à respirer de la manière que nous venons d'indiquer, à raison d'au moins cent mouvements respiratoires par minute.

Le Dr Lee (de Philadelphie) a, de son côté, appliqué avec succès ce procédé. Il a pu, chez un jeune homme nerveux, ouvrir un abcès du périnée, sans que le patient manifestât la moindre douleur; il fit une incision longue d'un pouce et qui donna issue à une grande quantité de pus. Le malade, qui n'avait rien ressenti, fut tout surpris d'apprendre la fin de l'opération qu'il appréhendait tant. Plus tard, des trajets fistuleux s'étant établis, le Dr Lee coupa avec des ciseaux des brides charnues longues d'un pouce chacune, sans que le malade ressentit encore la moindre douleur.

Ce procédé d'anesthésie semble jouir déjà d'une certaine faveur en Amérique. Le Dr Howson n'aurait plus recours qu'à lui dans sa pratique obstétricale. Si, d'autre part, on emploie cette méthode simultanément avec les agents ordinaires de l'anesthésie, il faudrait employer une moindre dose d'anesthésique pour obtenir le sommeil et la résolution musculaire.

Ces faits curieux méritaient de fixer l'attention. Tout d'abord, il fallait les contrôler: c'est ce que vient de faire un dentiste de Monaco, M. Ash, et il a pu extraire 15 dents par

ce procédé, toujours avec un excellent résultat. Nous rapportons une seule des observations de M. Ash :

" Demoiselle de 20 ans, dents très-serrées gencives enflammées, extraction de la première grosse molaire gauche de la mâchoire inférieure. Après 40 secondes de respirations profondes et rapides, la dent est enlevée sans souffrance. La demoiselle, qui était très-effrayée et avait souffert dans d'autres circonstances, s'écrie : " Mais ce n'est rien du tout !

Quelle explication peut-on donner de ce faits ? Le Dr Bonwill pense que, dans ce cas, l'anesthésie est due : 1° à la tension d'esprit et à l'effort constant de volonté qu'exigent les mouvements respiratoires forcés ; 2° à l'hyperhémie qu'amène le retour plus lent du sang au cerveau ; 3° à l'accumulation de l'acide carbonique dans le sang.

De toutes ces explications, aucune ne nous semble plausible. Ne doit-on pas plutôt attribuer ces faits à l'accumulation de l'oxygène dans le sang ? On sait, en effets, depuis les travaux de M. Paul Bert, que ce gaz, lorsqu'il est inhalé en trop grande proportion, agit sur le systsme nerveux d'une façon toute spéciale. Quoi qu'il en soit, ces faits méritaient d'être signalés à l'attention des chirurgiens. (R. BLANCHARD, in *Progrès Médical.*)

Ajoutons encore que le fait de respirer fortement pendant un certain temps diminue très-certainement la sensibilité. Un homme qui vient de courir et dont la respiration est haletante peut subir un traumatisme périphérique sans presque aucune soufirance. Nous avons sur nous-même remarqué le fait suivant : A l'état normal, il nous est impossible de boire du cognac, même en petite quantité, sans avoir une sensation de brûlure à la gorge. Mais après une course, un exercice violent d'équitation ou d'escrime, nous pouvons absorber un petit verre d'eau-de-vie sans éprouver cette sensation désagréable. Il y a donc, à notre avis, certainement quelque chose d'exact dans les faits relatés plus haut.—*Le Praticien.*

—

De l'introduction des aliments par les narines.—M. FERNET propose, quand le passage des aliments par la bouche est impossible, de les faire prendre par le nez. Voici en quoi consiste le procédé :

Le malade étant couché sur le dos, le haut de la poitrine et la tête légèrement relevé par les oreillers, on introduit dans la partie postérieure de l'une des narines l'extrémité effilée d'une cuiller ou le bec en biseau d'une cafetière ou du biberon dont

observé ces phénomènes sans que le siége de l'empyème et la nature du liquide injecté aient une notable influence, et signaler que dans presque toutes les observations ils se sont produits quand l'injonction était poussée trop fortement ou le liquide injecté trop abondant. Le précepte de faire des lavages lentement et avec la plus grande précaution ressort nettement des résultats de l'expérience et s'impose à l'opérateur. Pendant l'accès on ne pourra faire autre chose que d'essayer, par des frictions excitants, de réveiller l'action du cœur et au besoin on pratiquera la respiration artificielle: la médication est nulle, et les divers essais n'ont jamais produit rien qui vaille en pareille circonstance.—*Revue de Theurapeutique.*

—

Nouveau procédé d'anesthésie.—Un dentiste de Philadelphie, le Dr Bonwill, fait faire à ses clients qu'il doit opérer une série d'inspirations aussi rapides et aussi profondes que possible, pendant environ une minute. Dans ces conditions, on peut arracher les dents les plus solidement enracinées, ouvrir les abcès, cautériser les nerfs, faire enfin toutes les opérations de courte durée les plus douloureuses, sans que le patient accuse la moindre douleur. Il importe que, tant que dure l'opération, le malade continue à respirer de la manière que nous venons d'indiquer, à raison d'au moins cent mouvements respiratoires par minute.

Le Dr Lee (de Philadelphie) a, de son côté, appliqué avec succès ce procédé. Il a pu, chez un jeune homme nerveux, ouvrir un abcès du périnée, sans que le patient manifestât la moindre douleur; il fit une incision longue d'un pouce et qui donna issue à une grande quantité de pus. Le malade, qui n'avait rien ressenti, fut tout surpris d'apprendre la fin de l'opération qu'il appréhendait tant. Plus tard, des trajets fistuleux s'étant établis, le Dr Lee coupa avec des ciseaux des brides charnues longues d'un pouce chacune, sans que le malade ressentit encore la moindre douleur.

Ce procédé d'anesthésie semble jouir déjà d'une certaine faveur en Amérique. Le Dr Howson n'aurait plus recours qu'à lui dans sa pratique obstétricale. Si, d'autre part, on emploie cette méthode simultanément avec les agents ordinaires de l'anesthésie, il faudrait employer une moindre dose d'anesthésique pour obtenir le sommeil et la résolution musculaire.

Ces faits curieux méritaient de fixer l'attention. Tout d'abord, il fallait les contrôler: c'est ce que vient de faire un dentiste de Monaco, M. Ash, et il a pu extraire 15 dents par

ce procédé, toujours avec un excellent résultat. Nous rapportons une seule des observations de M. Ash :

" Demoiselle de 20 ans, dents très-serrées gencives enflammées, extraction de la première grosse molaire gauche de la mâchoire inférieure. Après 40 secondes de respirations profondes et rapides, la dent est enlevée sans souffrance. La demoiselle, qui était très-effrayée et avait souffert dans d'autres circonstances, s'écrie : " Mais ce n'est rien du tout !

Quelle explication peut-on donner de ce faits ? Le Dr Bonwill pense que, dans ce cas, l'anesthésie est due : 1° à la tension d'esprit et à l'effort constant de volonté qu'exigent les mouvements respiratoires forcés ; 2° à l'hyperhémie qu'amène le retour plus lent du sang au cerveau ; 3° à l'accumulation de l'acide carbonique dans le sang.

De toutes ces explications, aucune ne nous semble plausible. Ne doit-on pas plutôt attribuer ces faits à l'accumulation de l'oxygène dans le sang ? On sait, en effets, depuis les travaux de M. Paul Bert, que ce gaz, lorsqu'il est inhalé en trop grande proportion, agit sur le systsme nerveux d'une façon toute spéciale. Quoi qu'il en soit, ces faits méritaient d'être signalés à l'attention des chirurgiens. (R. BLANCHARD, in *Progrès Médical.*)

Ajoutons encore que le fait de respirer fortement pendant un certain temps diminue très-certainement la sensibilité. Un homme qui vient de courir et dont la respiration est haletante peut subir un traumatisme périphérique sans presque aucune soufirance. Nous avons sur nous-même remarqué le fait suivant : A l'état normal, il nous est impossible de boire du cognac, même en petite quantité, sans avoir une sensation de brûlure à la gorge. Mais après une course, un exercice violent d'équitation ou d'escrime, nous pouvons absorber un petit verre d'eau-de-vie sans éprouver cette sensation désagréable. Il y a donc, à notre avis, certainement quelque chose d'exact dans les faits relatés plus haut.—*Le Praticien.*

—

De l'introduction des aliments par les narines.—M. FERNET propose, quand le passage des aliments par la bouche est impossible, de les faire prendre par le nez. Voici en quoi consiste le procédé :

Le malade étant couché sur le dos, le haut de la poitrine et la tête légèrement relevé par les oreillers, on introduit dans la partie postérieure de l'une des narines l'extrémité effilée d'une cuiller ou le bec en biseau d'une cafetière ou du biberon dont

observé ces phénomènes sans que le siége de l'empyème et la nature du liquide injecté aient une notable influence, et signaler que dans presque toutes les observations ils se sont produits quand l'injonction était poussée trop fortement ou le liquide injecté trop abondant. Le précepte de faire des lavages lentement et avec la plus grande précaution ressort nettement des résultats de l'expérience et s'impose à l'opérateur. Pendant l'accès on ne pourra faire autre chose que d'essayer, par des frictions excitants, de réveiller l'action du cœur et au besoin on pratiquera la respiration artificielle: la médication est nulle, et les divers essais n'ont jamais produit rien qui vaille en pareille circonstance.—*Revue de Theurapeutique.*

—

Nouveau procédé d'anesthésie.—Un dentiste de Philadelphie, le Dr Bonwill, fait faire à ses clients qu'il doit opérer une série d'inspirations aussi rapides et aussi profondes que possible, pendant environ une minute. Dans ces conditions, on peut arracher les dents les plus solidement enracinées, ouvrir les abcès, cautériser les nerfs, faire enfin toutes les opérations de courte durée les plus douloureuses, sans que le patient accuse la moindre douleur. Il importe que, tant que dure l'opération, le malade continue à respirer de la manière que nous venons d'indiquer, à raison d'au moins cent mouvements respiratoires par minute.

Le Dr Lee (de Philadelphie) a, de son côté, appliqué avec succès ce procédé. Il a pu, chez un jeune homme nerveux, ouvrir un abcès du périnée, sans que le patient manifestât la moindre douleur; il fit une incision longue d'un pouce et qui donna issue à une grande quantité de pus. Le malade, qui n'avait rien ressenti, fut tout surpris d'apprendre la fin de l'opération qu'il appréhendait tant. Plus tard, des trajets fistuleux s'étant établis, le Dr Lee coupa avec des ciseaux des brides charnues longues d'un pouce chacune, sans que le malade ressentit encore la moindre douleur.

Ce procédé d'anesthésie semble jouir déjà d'une certaine faveur en Amérique. Le Dr Howson n'aurait plus recours qu'à lui dans sa pratique obstétricale. Si, d'autre part, on emploie cette méthode simultanément avec les agents ordinaires de l'anesthésie, il faudrait employer une moindre dose d'anesthésique pour obtenir le sommeil et la résolution musculaire.

Ces faits curieux méritaient de fixer l'attention. Tout d'abord, il fallait les contrôler: c'est ce que vient de faire un dentiste de Monaco, M. Ash, et il a pu extraire 15 dents par

ce procédé, toujours avec un excellent résultat. Nous rapportons une seule des observations de M. Ash :

" Demoiselle de 20 ans, dents très-serrées gencives enflammées, extraction de la première grosse molaire gauche de la mâchoire inférieure. Après 40 secondes de respirations profondes et rapides, la dent est enlevée sans souffrance. La demoiselle, qui était très-effrayée et avait souffert dans d'autres circonstances, s'écrie : " Mais ce n'est rien du tout !

Quelle explication peut-on donner de ce faits ? Le Dr Bonwill pense que, dans ce cas, l'anesthésie est due : 1° à la tension d'esprit et à l'effort constant de volonté qu'exigent les mouvements respiratoires forcés ; 2° à l'hyperhémie qu'amène le retour plus lent du sang au cerveau ; 3° à l'accumulation de l'acide carbonique dans le sang.

De toutes ces explications, aucune ne nous semble plausible. Ne doit-on pas plutôt attribuer ces faits à l'accumulation de l'oxygène dans le sang ? On sait, en effets, depuis les travaux de M. Paul Bert, que ce gaz, lorsqu'il est inhalé en trop grande proportion, agit sur le systsme nerveux d'une façon toute spéciale. Quoi qu'il en soit, ces faits méritaient d'être signalés à l'attention des chirurgiens. (R. BLANCHARD, in *Progrès Médical.*)

Ajoutons encore que le fait de respirer fortement pendant un certain temps diminue très-certainement la sensibilité. Un homme qui vient de courir et dont la respiration est haletante peut subir un traumatisme périphérique sans presque aucune soufirance. Nous avons sur nous-même remarqué le fait suivant : A l'état normal, il nous est impossible de boire du cognac, même en petite quantité, sans avoir une sensation de brûlure à la gorge. Mais après une course, un exercice violent d'équitation ou d'escrime, nous pouvons absorber un petit verre d'eau-de-vie sans éprouver cette sensation désagréable. Il y a donc, à notre avis, certainement quelque chose d'exact dans les faits relatés plus haut.—*Le Praticien.*

—

De l'introduction des aliments par les narines.—M. FERNET propose, quand le passage des aliments par la bouche est impossible, de les faire prendre par le nez. Voici en quoi consiste le procédé :

Le malade étant couché sur le dos, le haut de la poitrine et la tête légèrement relevé par les oreillers, on introduit dans la partie postérieure de l'une des narines l'extrémité effilée d'une cuiller ou le bec en biseau d'une cafetière ou du biberon dont

de les placer de façon à maintenir les bords écartés, enfin les compresses phéniquées par-dessus et un bandage en T maintenant le tout convenablement.—*La Patricten.*

—

Métrite hémorrhagique.—Une femme d'une trentaine d'années, du service de M. le professeur Gosselin, est atteinte d'une de ces affections pour lesquelles il est difficile de faire un diagnostic précis et de déterminer exactement le ou les organes attaqués. Cette femme a eu successivement six avortements ou plutôt accouchements avant terme; c'est ordinairement, dit le professeur, l'indice ou la cause d'une métrite; mais il nous est, à cette heure, difficile de savoir si la métrite a été la cause déterminante des fausses couches, ou si ces dernières ont déterminé la maladie de l'utérus. Il ne faut pas oublier non plus qu'il y a beaucoup d'accouchements avant terme qui sont symptomatiques d'une maladie du fœtus, souvent d'une diathèse, de la syphilis surtout.

Depuis quatre ans, elle n'a jamais cessé de souffrir du ventre. Il est vrai qu'à son dernier accouchement elle a eu, nous dit-elle, une péritonite. A la suite, ses règles sont venues irrégulièrement, mais en trop; elle a en effet des hémorrhagies douloureuses qui reviennent à quinze jours d'intervalle; c'est ce qui l'a rendue si pâle et si anémique. Elle digère mal, elle n'a pas d'appétit, elle est fatiguée au moindre mouvement, ne peut se livrer à aucun travail ni même marcher pendant plus de quelques minutes. Quelle est la variété de lésions qui existe chez elle, c'est ce dont il nous est très difficile de nous rendre compte. Ce qu'il y a de certain, c'est qu'elle est anémique; mais n'est-elle que cela? Elle a de la sensibilité dans le ventre, mais pas de tumeur perceptible, pas de point plus spécialement douloureux; cette douleur est plutôt l'indice d'une péritonite diffuse que d'une lésion localisée, ou d'une névralgie iléo-lombaire. Dès que sa métrorrhagie actuelle le permettra, il nous faudra examiner le col de l'uterus, voir s'il n'est pas le siége d'ulcération, s'il n'y a pas de congestion de la membrane interne, ce qui est probable.

Une médication que M. Gosselin emploie volontiers contre ces pertes, c'est la douche froide, générale en pluie; il ne craint pas les métastases, car cette douche ainsi appliquée pendant quelques minutes n'occasionne pas l'arrêt des règles, mais ne fait qu'en diminuer la surabondance. Dans le même but, nous avons employé souvent avec succès le bain de siége frais d'une durée de un quart à une minute que le femme affectée de métrorrhagie simple doit prendre le soir, en se couchant, à partir du deuxième jour de ses époques.—*Le Praticien.*

Des dangers des manipulations et des opérations utérines les plus simples.—On prend plus souvent la plume pour raconter les succès qu'a donné la hardiesse que pour mettre en garde contre les dangers de la témérité, A ce titre, il nous semble intéressant et d'une grande utilité pratique de reproduire les conclusions du mémoire de M. Engelman, dont le Dr Cordes, de Genève, donne la traduction dans les *Annales de la Gynécologie.*

1° Les manipulations utérines nécessitent la plus grande prudence, surtout à un premier examen: même l'organe le plus accoutumé à ces manœuvres peut avoir une sorte de *boutade*, sous l'influence de conditions ignorées, et s'irriter de l'intervention la plus banale.

2° Aucune manipulation, aucune opération n'est exempte de danger; et, avant d'en entreprendre une, il faut se garder contre certaines conditions physiologiques ou morbides: la menstruation, la grossesse et l'involution, d'un côté; la suite de la cellulite et de la péritonite de l'autre; et par-dessus tout des affections aiguës.

On a pu, sans accident, omettre quelquefois ces précautions, mais, de temps en temps, l'imprudent se trouve puni.

3° Pendant les opérations, nous devons tenir compte:

a. De la condition sanitaire de la ville. L'existence d'une épidémie, surtout de la fièvre puerpérale, d'érysipèle, ou de la diphthérie, contre-indique absolument une opération; il semble que le printemps soit la saison la plus dangereuse.

b. Observer une propreté irréprochable, sinon le *listérisme* dans sa pureté, autant qu'il se peut.

4° Après les opérations, je parle toujours de plus simples, l'opérée doit rester un temps suffisant dans son lit. Le médecin doit imposer cette règle, toute ridicule qu'elle paraisse à une malade qui n'a ni douleur ni malaise quelconque.

Après les applications utérines, les malades doivent prendre un court repos.—*Répertoire de Thér. Méd.-Chir.*

De l'accouchement sur le côté, par le Dr Rendu.—L'accouchement sur le côté, connu sous le nom d'accouchement à l'anglaise, parce que c'est ainsi qu'on accouche les femmes en Angleterre, est pratiqué dans la plupart des Maternités de la Suisse et de l'Allemagne, mais seulement chez les primipares. Les multipares sont accouchées sur le dos, en France, parce que la souplesse de organes génitaux externes les garantit davantage contre les déchirures périnéales.

En effet, le principal avantage de cette méthode est de rendre beaucoup moins fréquentes, chez les primipares, les déchirures du périnée. On surveille très bien la distension progressive de celui-ci et de la vulve, et par conséquent on juge mieux de la résistance que la main doit opposer; de plus, l'accoucheur est mieux placé pour rendre cette résistance efficace.

Je n'exagère pas en disant qu'en France près de la moitié des primipares ont des déchirures plus ou moins grandes du périnée. A la Maternité de Vienne, au centraire, où il se fait par année plus de 9,000 accouchements, la proportions de ces déchirures, chez les primipares, est de 6 %; elle est de 10 % si l'on considère comme déchirures les débridements faits au bistouri boutonné.

Cependant, pour obtenir de tels résultats, je dois dire qu'il ne suffit pas, au moment de la sortie de l'enfant, de faire coucher la femme sur le côté et de soutenir plus ou moins bien la région périnéale; il y a encore une certaine pratique à acquérir. Grâce à l'obligeance du professeur C. Braun et de ses deux assistants, les docteurs Pawlik et Welponner; j'ai passé trois nuits à la Maternité de Vienne, et j'ai fait moi-même avec l'aide, je dirai volontiers sous la direction des sages-femmes de service qui sont très expérimentées sur ce point, 21 accouchements sur le côté.

Voici en quelques mots le manuel opératoire. Quand la tête est à la vulve, on fait coucher la femme sur le côté gauche, la jambe droite étant relevée et soutenue par un aide. L'accoucheur, placé à droite de la parturiente, passe sa main gauche entre les cuisses de la femme et la porte en arrière, de manière à appliquer sa face palmaire sur la tête de l'enfant. De la main droite, il soutient le périnée; mais cette résistance qu'il lui oppose ne doit pas être passive. Il doit, au contraire, au moment de chaque douleur, *presser* énergiquement sur la région sacro-coccygienne et *refouler* en avant, sur la tête de l'enfant, le plus de téguments possible. Pendant ce temps-là la main droite retient solidement la tête à la vulve et s'oppose à sa sortie sous l'*influence des contractions utérines*. Dans l'intervalle des douleurs, la tête rentre pour reparaître bientôt Ce mouvement forcé de va-et-vient, auquel la tête est soumise, a pour effet de distendre peu à peu et d'assouplir l'orifice vulvaire. Enfin la tête sort et se défléchit. Il faut, je le répète, éviter soigneusement que cette expulsion ait lieu au moment où le femme pousse, et ne la laisser se produire que lorsque la douleur a presque disparu. De plus, on doit soutenir le périnée jusqu'à la fin, car le dégagement des épaules est ordinairement plus funeste à la fourchette périnéale que la sortie de la tête.

C'est ainsi, écrit l'auteur au *Lyon médical*, que j'accouche les primipares à la clinique de la Charité de Lyon, et M. le professeur Bouchacourt recommande instamment, dans ses cours, cette méthode aux élèves.—*Le Médecin praticien.*

—

Du traitement des névralgies par le salicylate de soude.—On est un peu trop porté de nos jours à vouloir rattacher même la production des douleurs névralgiques à l'existence d'un état diathésique. M. Germain Sée considère que les névralgies sont beaucoup plus fréquemment d'origine purement locale, qu'on ne le croit généralement.

Voici, par exemple, un homme de son service, qui se présente avec une névralgie du trijumeau, qu'on a qualifiée de paludéenne, parce que le malade a eu des accès de fièvre quarte en Cochinchine, en 1869. Mais si on réfléchit que cet homme n'a eu que des accès à intermittences éloignées, qui ont disparu facilement pour ne plus se manifester depuis une dizaine d'années, il est difficile d'accuser une fièvre larvée de la production de sa névralgie. Du reste, le traitement va servir de pierre de touche. Si elle est d'origine paludéenne, la sulfate de quinine en aura raison. En cas de négative, on aura recours à l'administration du salicylate de soude à haute dose, et on verra certainement l'affection disparaître. C'est qu'en effet, ce médicament est souverain contre les névralgies, et il est bon d'insister sur cette propriété qui est trop peu connue des praticiens.

A l'appui de cette opinion, M. Germain Sée a pris un exemple tiré de sa clientèle privée, et qui démontre bien l'excellence de cet admirable agent antinévralgique. C'est le cas d'une vieille dame, veuve, très riche, entourée d'un grand nombre d'héritiers, qu'elle a l'habitude de réunir une fois tous les ans autour de sa table. Depuis 17 ans, elle souffrait d'un tic douloureux de la face, et depuis ce moment, pas une seule fois, elle n'avait pu présider au repas de ses neveux, en y prenant une part active. Consulté par elle, M. Sée lui prescrivit le salicylate de soude, et bientôt après, il y a de cela trois ans, elle pouvait participer, pour la première fois, au repas annuel en question.

Après quelque temps, l'un de ses héritiers lui fit entrevoir avec sollicitude que l'usage abusif du médicament lui occasionnerait des désordres graves du côté de l'estomac. Elle se rendit à ces tendres remontrances et en cessa l'emploi. Les névralgies revinrent, et pour s'en débarrasser de nouveau, il fallut recourir encore au salicylate de soude.—*L'hygiène pour tous.*

Traitement des hémorrhagies consécutives à l'accouchement.—Le moyen proposé par le Dr E. Bœlz, de Tokio (Japon) a, sur les moyens déjà connus, l'avantage d'être très simple, à la portée de tout le monde, et parait-il, très-efficace. Il consiste à tamponner le vagin avec le poing, tandis qu'avec l'autre main on applique exactement les grandes lèvres sur le poignet qu'elles embrassent à la manière d'une manchette, si bien qu'il ne peut pas s'en écouler une goute de sang. Pendant ce temps un aide comprime l'utérus de haut en bas à travers la paroi abdominale, ou bien applique la vulve contre le poignet de l'opérateur, lorsque celui-ci peut avoir une main libre pour comprimer lui-même l'utérus.

Ce moyen est simple, rapide, peut s'appliquer dans tous les cas, et jouit d'une grande efficacité. Suivent des observations à l'appui.—(*Centralblatt für Gynækologie.*)—*Revue de Thér. Méd. Chirur.*

Traitement des douleurs ovariques.—Le Dr Seeligmuller commence par établir que les douleurs ovariques, qui jouent un si grand rôle dans les phénomènes nerveux de l'hystérie, ont un traitement si peu satisfaisant qu'on est même arrivé à proposer l'ablation de ces organes. Sans poursuivre cette ordre d'idées, il rapporte deux observations dans lesquels il employa la morphine à des doses très élevées et à laquelle il substitua des injections hypodermiques d'eau qui produisirent plus de soulagement et moins d'accidents cérébraux. Il recommande l'injection de $\frac{3}{4}$ de gramme d'eau bouillie ou distillée avec un peu d'acide acétique ou d'acide phénique, et de pratiquer les injections soit au niveau de l'ovaire malade soit du côté opposé, et il attribue les heureux effets qui en sont la conséquence à une sorte de révulsion. (*Edinburgh médic Jour.*) —*Revue de thérapeutique médico-chirurgicale.*

NOTES DE THÉRAPEUTIQUE.

Potion gazeuse bromurée contre les vomissements.—M. Chéron indique dans la *Revue Médico-Chirurgicale* des maladies des femmes, l'emploi d'un moyen utile contre les nausées et les vomissements qu'il n'est pas rare de voir persister pendant des mois et souvent des années chez des femmes

atteintes d'affections diverses de l'appareil utéro-ovarien. La plupart des moyens thérapeutiques échouent contre ces manifestations morbides. On ne parvient en général à les atténuer enfin et à les faire disparaître qu'à l'aide d'un traiment tant général que local, destiné à éteindre l'affection utérine et les actes morbides reflexes qu'elle engendre.

Dans le but d'arriver à un résultat satisfaisant par une voie plus rapide, M. Chéron a employé la potion de Rivière, le bromure de potassium, le laudanum dilué dans l'eau pure et nombre d'autres moyens d'une action moins sérieuse.

Il a reconnu que la combinaison de la potion gazeuse et du bromure donne des résultats bien supérieurs à ce qu'on peut obtenir de l'emploi isolé de ces deux médicaments.

Aussi, dès qu'il constate l'existence de nausées ou de vomissements récents ou anciens, il emploie d'une façon suivie la potion suivante :

N° 1.—	Bi-carbonate de potasse	3i
	Eau commune	℥ij
	Bromure de potassium	3ss
N° 2.—	Acide citrique	3j
	Eau commune	℥iv
	Sirop de sucre	℥j

Verser dans un verre une cuilleré *à café* du numéro 1 et une cuillerée *à bouche* du numéro 2, agiter et boire aussitôt.

Prendre cette même dose toutes les demi-heures ou toutes les heures.

Les numéros 1 et 2 représentent la quantité du maximum à employer chaque jour.

Dans les cas de pelvi-péritonite localisée, cette potion arrête souvent les envies de vomir et les vomissements, même pendant la période aigue.—*Journal de Médecine et de Chirurgie pratiques.*

—

Traitement médical des hémorrhoïdes par le Dr V. Sabal.—Notre confrère emploie :

Poudre d'iodoforme	gr. j
Poudre d'opium	gr. jss
Vaseline	gr. j.

Matin et soir il en applique localement après chaque évacuation alvine, en ayant soin de laver préalablement avec de l'eau froide ou chande. On peut y ajouter 4 gr. de tannin pour

atténuer l'odeur de l'iodoforme. Il entretient la liberté du ventre à l'aide de la formule suivante :

Pr. Sulfate de magnésie	}	
Carbonate de magnésie		a.a. 3iv
Soufre précipité		
Sucre de lait	}	
d'anis		3ij

—*Le Médecin Praticien.*

—

Traitement de la fièvre de foin (*bronchite ou asthme d'été : hay fever* des Anglais).

Le Dr Weber, de Philadelphie, consdère l'iodure de potassium comme l'agent le plus efficace contre cette affection, surtout quand il est accompagné de bicarbonate de potasse et de jusquiame. Il emploie, à cet effet, le mélange suivant :

Extrait de jusquiame.....	0 gr. 731
Iodure de potassium.....	3 gr. 654
Bicarbonate de potasse.....	7 gr. 308
Extrait de réglisse dépuré	14 gr. 615
Eau d'anis.....	101 gr. 540

M...

A prendre par cuillerées à dessert, toutes les 4 heures, jusqu'à cessation des accès. On doit suivre ce traitement au moins pendant une semaine.—*Revue de Thér. Méd.-Chir.*

—

L'acide lactique dans le catarrhe vésical.—Le Dr Deekel, d'après une longue expérience, pense que de tous les acides, l'acide lactique donne les meilleurs résultats dans cette affection. Il en donne de 0,75 à 1 gr. trois fois par jour. On commence à reconnaître la présence de cet acide dans l'urine après l'absorption de 2 gr. Il assure qu'il empêche les décompositions ammoniacales de l'urine, dissout les dépôts salins, et détruit les champignons microscopiques qu'elle pourrait contenir. (*Medical and surgical Reporter.*)—*Revue de ther. méd.-chirur.*

—

Un conseil en cas d'anesthésie.—Le Dr Hugues écrit dans *The London Lancet :* "Si je devais être chloroformisé, je

dirais: Ne me surveillez ni le pouls ni le cœur; ne vous préoccupez pas de l'état de ma pupille: observez ma respiration; et si elle vient à se troubler à un certain degré, prenez une pince à artère et attirez fortement ma langue en dehors de ma bouche." On rapporte que feu M. Syme se conformait strictement à cette règle, et que, sur 5,000 cas de chloroformisation, il ne perdit pas un seul malade.—(*Rev. de Thér. Méd. Chir.—Le Praticien*

—

Formule contre la stomatodysodie.—(*Mauvaise odeur de la bouche*):

Eau distillée de menthe	300 gr.
Eau distillée de laurier-cerise	30 gt.
Essence de menthe	10 gt.
Borate de soude	4 gr.

M.

Trois fois par jour, se laver la bouche avec cette eau.—*Revue de thérapeutique médico-Chirurgicale.*

—

Potion contre le hoquet persistant.—(Marage.):

Huiles d'amandes douces	60 gr.
Chloroforme	20 gt.
Sirop diacode	30 gr.
Sirop de menthe	12 gr.

M.

A prendre par cuillers à café toutes les trois heures.—*Revue de thérapeutique medico-chirurgicale.*

—

Colutoire contre le Muquet.

Eau distillée	200 gr.
Glycérine pure	30 "
Borax	10 "
Essence de menthe	10 gtt.
Teinture de pyrèthre	1 gr.

M.

—*Revue de thérapeutique médico-Chirurgicale.*

L'UNION MEDICALE DU CANADA

MONTREAL, MAI 1881.

Comité de Rédaction :

MESSIEURS LES DOCTEURS E. P. LACHAPELLE, A. LAMARCHE ET S. LACHAPELLE.

Les opérations chirurgicales à la ville et à la campagne.

Nul doute que, d'une manière générale, il faut faire une distinction entre l'atmosphère de ville et l'atmosphère des campagnes.

C'est bien dans les premières que naissent et se développent les maladies, à caractère contagieux, à type contagieux, dirai-je plus correctement, et l'opéré doit être à l'abri d'accidents étrangers, des maladies intercurrentes; il a bien assez souffert, le pauvre amputé, de la perte d'un membre, ou de l'enlèvement d'un organe (merveille récente de la chirurgie), sans qu'il soit exposé aux atteintes d'une des affections morbides que le cadre ygnotique nous fournit.

Les secondes ne sont pas accoutumées à des ravages semblables, et si les épidémies y dirigent leur marche désastreuse, il ne reste bientôt plus trace de leur passage ; c'est un vent qui souffle, qui passe et ne revient plus, qui va se perdre dans des régions reculées, s'il ne disparaît pas dans l'immensité des océans, ces climats favorisés qui ne présentent rien de ces sombres couleurs.

Voilà bien pourquoi le chirurgien clairvoyant, qui voit pardelà de son scalpel, qui comprend que les dangers ne sont pas moins nombreux après l'opération qu'avant, cherche une terre de salut, redoutant le sort néfaste qui lui enlèvera celui à qui il venait de rendre la vie.

C'est pourquoi les experts, les *virtuoses* de l'art chirurgical se paieront le luxe d'une maison, d'une *villa opératoire*, au milieu des parfums de la campagne, y conduiront le patient comme dans un berceau où la mort ne peut pénétrer.

C'est ce qui se fait aux environs de Londres, sinon ailleurs ;

ce qui s'est dit là-bas se répète ici; ce qui se pratique à Londres, on suggère de le pratiquer parmi nous.

Cette question importante de la supériorité de la campagne sur nos villes, devons-nous la résoudre dans un sens affirmatif?

Montréal, au point de vue de l'atmosphère, de la composition intime de l'air, n'est-elle pas une campagne véritable? Notre ciel n'est-il pas pur, et les vapeurs qui enveloppent Londres comme dans un voile impénétrable, sont-elles perceptibles au dessus de notre ville? La brise fraîche que nos montagnes du nord bien disposées, laisse venir jusqu'à nous le souffle humide qui règne sur les bords de notre grand fleuve, ne nous mettent-il pas dans une position géographiquement sanitaire d'une manière exceptionnelle? Les épidémies ont-elles pénétré souvent dans nos hôpitaux? Nos malades, nos opérés n'ont-ils pas la quantité d'air pur qui leur est nécessaire? Est-ce que nous ne leur en fournissons pas à chacun d'eux trente à quarante mètres cubes par heure?

Voilà autant de questions qu'il faut se poser.

L'hygiène, nous dit Gladstone, (une autorité qu'on trouvera peut-être curieuse, mais qui est compétente puisqu'elle s'accorde parfaitement avec les données reçues) doit rendre l'existence des villes aussi avantageuse que celle des campagnes au point de vue de la santé. Il n'est pas dans l'ordre divin que la vie y soit plus exposée.

C'est en effet ce que se sont dits, peut-etre instinctivement, les fondateurs des villes modernes pour le bien de tous. Les ruelles étroites disparaissent, elles sont laissées au Caire avec la peste qui y a élu domicile; les rues larges, les bouquets et les rangées d'arbres, les parcs ou promenades publiques, etc., il y a dans tout cela des applications sanitaires pratiques, qui font que notre air est pur, et que nous aimons à respirer notre air.

—

L'Ecole de Médecine vs. l'Université Laval.— L'Ecole de Médecine n'ayant pu obtenir de la cour de Rome qu'elle mette de côté le décret ordonnant l'établissement à Montréal d'une succursale de l'Université Laval, s'adresse maintenant aux tribunaux civils dans l'espérance d'arriver ainsi à son bût.

D'un autre côté, l'Université Laval, appuyée par les évêques de la province de Québec, s'adresse à la Législature pour obtenir un *bill* afin de faire disparaître les doutes qu'on soulève sur la légalité de son existence à Montréal et pour mettre fin à un état de chose qui dure depuis trop tongtemps déjà et

qu'on pourrait prolonger indéfiniment au moyen d'appels judiciaires.

Voici la lettre que l'Evêque de Montréal a adressée à ce sujet aux jouruaux de cette ville :

Evêché de Montréal,
Montréal, 29 avril 1881.

Pour éviter de nouvelles discussions dans les journaux au sujet de la question universitaire, je crois utile et opportun de rendre public les faits suivants :

1° Malgré les plaidoyers du défenseur de l'Ecole de Medecine (Victoria) à Rome, où l'Université Laval n'était pas représentée, le Saint-Siège a manifesté clairement son désir que la succursale fut maintenue, et que les doutes soulevés à son sujet fussent levés.

2° Les évêques de la Province ont signé une requête en faveur de l'Université-Laval, pour appuyer la demande que celle ci fait à la Législature.

En présence de ces faits, il est du devoir de tous les catholiques sincères de se soumettre aux décisions de l'autorité sur cette question, sans qu'il soit nécessrire de les rappeler ici, et l'on ne peut s'expliquer la prétention que l'on a de ranger certaines communautés sous les drapeaux de l'opposition à la succursale-Laval à Montréal.

† EDOUARD CHS, EVÊQUE DE MONTRÉAL.

—

Tarif médical.—Enfin, le tarif médical a été sanctionné par le Lieutenant-Gouverneur en Conseil. Il a été publié dans la *Gazette Officielle*, et aux termes de la loi, il sera en force six mois après telle publication.

—

Examens à l'Université-Laval.—Les examens (par écrit, oral et clinique) pour les degrés de la licence et du doctorat en médecine de l'Université-Laval ont lieu à Montréal, les 6, 8 et 9 avril dernier. MM. Isaïe Cormier, Aimé Gaboury et George Henry Oliver ont subi avec succès ces diverses épreuves.

Les examens de terme ont eu lieu le 13 du même mois.

Admission à l'étude de la médecine.—Les examens pour l'admission à l'étude de la médecine ont eu lieu les 5 et 6 courant, dans les salles de l'Université Laval, en cette ville. De ce nombre, dix huit ont été admis, douze ont été refusés partiellement, et vingt-sept ont été refusés complètement.

Voici les noms de ceux qui ont été admis: Messieurs J. A. Johnston, E. Labonté, M. Brophy, H. Gaudreau, H. T. Hurdman, C. Bussière, D. R. Darby, W. H. Léonard, H. B. Smith, F. Simard, G. Smith, P. Morin, J. C. Blanchet, F. Jeannotte, J. O. Lambert, A. Lamothe, C. Prévost, N. Tessier.

Brochures reçues.

Eighth Annual Report of the Trustees, superintendent and treasurer of the Illinois Asylum for feeble minded children at Lincoln, October 1st, 1880.

VARIÉTÉS.

Liqueur conservatrice pour pièces anatomiques.—Le *Medical Times* publie une note relative à un nouveau liquide destiné aux embaumements et à la conservation des pièces anatomiques: la formule en est dûe au Dr Wickersheimer.

Voici la composition de ce mélange recommandé:

Alun	℥ iij
Sel de cuisine	ʒvj
Sel de nitre	ʒiij
Potasse	℥ ij
Acide arsénieux	ʒijss

" On fait dissoudre le tout dans 6 livres d'eau bouillante, on " laisse refroidir et on filtre. Puis à 4 livres de cette solution, " on ajoute 2 livre de glycérine et 8 onces d'éther méthylique. " (Quelles que soient les quantités de liquide que l'on veuille " preparer, les portions que nous venons d'indiquer doivent " toujours servir de base.) "

Chambre des députés.—M. le Dr Turigny et un certain nombre de ses collègues ont déposé le projet de loi suivante :

" Article unique.—Tout citoyen français mort en concourant au sauvetage dans un incendie, tout médecin mort dans les hôpitaux en soignant une maladie épidémique, toute personne morte en essayant de sauver la vie à un de ses semblables, sera considéré comme mort au champ d'honneur, et laissera à sa veuve ou à ses enfants une pension égale à celle du soldat mort sur le champ de bataille, c'est-à-dire le double de la pension ordinaire."

L'urgence, mise aux voix, a été déclarée.—*Revue de Thérapeutique Médico-Chirurgicale.*

—

Le Dr Tanner.—Le Dr Tanner paraît vouloir faire parler de nouveau de sa personne.

Les feuilles américaines publient une lettre adressée par lui au Dr Richardson et où il offre de recommencer à Londres son jeûne de quarante jours ; en même temps, il se pose comme champion de l'eau, il porte un défi à tous les partisans du vin, de la bière et des alcools. Il demande qu'on fasse jeûner en même temps que lui des individus du même âge et de la même constitution que lui, et qui auront la faculté de s'administrer des boissons précipitées, tandis que lui s'en tiendra uniquement à l'eau. Il prétend que c'est lui qui endurera plus longtemps la privation d'aliments.

NAISSANCE.

—A St. Sébastien, le 3 Avril dernier, la Dame du Dr T. Phénix, un fils.

DÉCÈS.

—A Montréal, le 12 avril, M. le Dr E. A. Paquet.

TRAVAUX ORIGINAUX.

Autopsies Cadavériques.

[Lu devant la Société Médicale de Montréal, par le Dr A. LAMARCHE. Séance du 13 mai 1881.]

Le 7 mars 1661, pendant que Mazarin rendait le dernier soupir après une maladie de cinq mois, les quatre médecins les plus célèbres de l'époque discutaient encore pour savoir si l'illustre cardinal mourait d'une maladie du foie, du poumon, de la rate ou du mésentère. En 1665, Molière ouvrait par " l'amour médecin " et " le médecin malgré lui " sa brillante campagne contre la Faculté. En 1715 enfin, Gil Blas, né du génie de Lesage, racontait que le Dr Sangrado quetout Valladolid regardait comme un Hippocrate, professait qu'il ne faut que saigner et faire boire de l'eau chaude pour guérir toutes les maladies du monde, aussi ajoute-t-il, pendant quarante ans, il occupa le ciseau des Parques et était si expéditif qu'il ne donnait pas le temps à ses malades d'appeler des notaires. Mais à la même époque la médecine se préparait dans l'ombre une éclatante revanche. Revanche glorieuse conçue et combinée par Fallope, Vésale et Eustachi au 16me siècle, poursuivie par Bartholin, Blancard, Théop. Bonet, qu'on surnommait *le grand ouvreur de cadavres* et Barrère au 17me et au 18me siècles et complétée en 1761 par le fameux traité de Morgagni : " Du siége et des causes des maladies basés sur les recherches anatomiques. "

Dépouillée par l'anatomie pathologique des idées mystiques et spéculatives qui l'aveuglaient la science s'élança vers de nouveaux horizons et la maladie surprise en flagrant délit, dut fournir elle-même des armes au médecin.

Bayle appelait l'anatomie pathologique le flambeau de la nosologie, le guide du diagnostic et ce que l'éminent médecin de la Charité disait à la fin du siècle dernier a reçu depuis une éclatante confirmation et Legendre a exactement reproduit

l'opinion de la médecine contemporaine quand il a dit que toute thèse nosologique réclame la sanction de l'anatomie pathologique. Ce n'est que par les *Symptômes de Morgagni*, c'est à dire par les lésions constatées sur le cadavre qu'on peut contrôler efficacement le diagnostic posé pendant la vie. L'anatomie pathologique, dit Cruveilhier, est une science et ses lésions sont assujetties à des lois certaines. Les caractères anatomiques doivent être la base de la détermination des espèces morbides, on les puise dans la conformation extérieure et dans la texture des organes malades.

L'aspect sous lequel on envisage habituellement la physiologie l'a fait définir: l'étude de l'homme à l'état sain, mais, comme dit Goubert, on ne cesse pas d'être physiologiste en entrant dans une salle d'autopsie cadavérique. La pathologie, en effet, est régie par des lois fixes et suit une évolution déterminée qui constituent la physiologie pathologique qui ne diffère de la normale que par l'adjonction d'agents perturbateurs. Le cancer, les tumeurs érectiles, ont tout aussi bien que le foie normal, leur physiologie qui permet de les classifier et d'en déterminer les nombreuses variétés.

On admet généralement qu'il existe une foule de maladies sans lésions organiques et qui ne laissent pas de traces sur le cadavre. Toutes les maladies, dit Bichat, doivent ressortir de l'anatomie pathologique, sauf les fièvres essentielles et les névroses. Mais le nombre de ces maladies à lésions insaisissables s'est singulièrement restreint depuis l'illustre anatomiste. Bouillaud nous dit, en effet: " Il n'existe pas de maladies sans siège ou sans lésion d'un organe ou d'un élément organique. "

"A l'autopsie, dit Robin, on ne retrouve rien et l'on dit qu'il y a eu *mort sans lésion*, parce qu'on n'a pas su la voir là où elle est, parce qu'on ne s'est pas donné l'éducation expérimentale anatomique et physiologique nécessaire pour la constater. Mais la lésion, dans ce cas, existe fort bien, elle est générale et elle est des plus graves! Seulement elle n'est ni jaune ni rouge, ni dure ni molle, elle est en dehors de ce qui est directement perceptible aux sens..... Pour bien comprendre donc, ce que sont les *maladies sans lésion*, il faut bien savoir qu'en dehors des lésions directement perceptibles aux yeux et au toucher, il y a des lésions invisibles moléculaires qui peuvent être constatées autrement que par le toucher ou qu'à l'aide de la vue." Les principaux parmi ces moyens accessoires, sont, vous le savez, le microscope et les réactifs chimiques.

Les instruments requis pour pratiquer une autopsie sont: un scalpel à tranchant droit, un à tranchant convexe, un couteau à amputation, un fort couteau à cartilage, des forceps,

des érignes, une paire de forts ciseaux dont une branche est mousse et l'autre aigûe, une paire de petits ciseaux dont une branche se termine en forme de sonde, un entérotome, des sondes exploratrices, une scie, un maillet, un ciseau, des cisailles de Liston, un tube à insuffler avec robinet, des aiguilles, une mesure d'une verge, un verre gradué, des balances, une loupe, du papier de tournesol et un rachitome. On conçoit qu'il est préférable d'avoir en double les instruments les plus fragiles et ceux qui s'émoussent le plus facilement.

Les scalpels sont destinés à l'examen des parties délicates, vaisseaux, nerfs, etc.

Le couteau à amputations qu'on emploie habituellement pour l'examen des viscères et toutes les grandes incisions a été avantageusement modifié par Virchow. L'éminent anatomo-pathologiste emploie un couteau de trois pouces trois quarts de lame et cinq pouces et demi de manche, plus épais et plus large que les couteaux ordinaires, à extrémité arrondie de façon à augmenter la longueur du tranchant et à pointe très courte pour diminuer le danger des piqûres anatomiques.

Le couteau à cartilage est employé pour les incisions de la peau, l'ouverture du thorax, des articulations, la division des muscles, etc., il doit être plus fort que le précédent, à dos plus large, à tranchant plus convexe. Le manche qui a près de $\frac{3}{4}$ de pouce d'épaisseur pour permettre d'y appliquer les doigts de la main gauche quand on veut exercer une pression se termine par une extrémité libre large et aplatie sur laquelle la paume de la main peut s'appliquer à l'aise pour faire des ponctions ou certaines désarticulations.

La salle d'antopsie devra être bien ventilée et surtout bien éclairée. Sauf des circonstances incontrôlables on ne devra jamais se servir de la lumière artificielle qui par sa teinte jaune modifie considérablement l'aspect des parties.

L'opérateur se place de préférence à droite du cadavre qui sera étendu sur une table assez haute pour ne pas obliger l'opérateur à se pencher d'une manière fatiguante.

Un bloc de bois sera placé sous le cou pour l'examen du cerveau et sous le thorax pour celui du cou. Dans un cas imprévu, ou dans les familles, il n'est pas toujours facile d'avoir à sa disposition les instruments requis ou le local voulu, l'ingéniosité d'un chacun devra alors suppléer du mieux possible aux exigences de la circonstance.

L'autopsie peut être pratiquée pour plusieurs raisons et n'a pas toujours le même objet en vue. L'opérateur n'a quelquefois pour but que de confirmer un diagnostic et de constater l'altération d'un ou de plusieurs organes, il suffit alors d'enle-

ver la pièce et de l'examiner ; tantôt c'est dans un but médico-légal où il s'agit de rechercher la cause de la mort, l'examen interne et l'externe sont alors de rigueur, surtout ce dernier, tantôt enfin on veut constater les ravages de la maladie dans l'organisme et son effet sur les différents organes, dans ce cas l'examen externe est accessoire et l'interne doit être des plus minutieux. Dans tous les cas pour qu'une autopsie soit profitable et probante, il faut qu'elle soit complète et que chacune des parties du corps soit examinée attentivement.

L'autopsie se divise en deux grandes périodes, à savoir : l'examen externe ou inspection et l'interne ou section.

Inspection.—L'inspection, comme nous venons de le dire est d'une importance majeure dans les autopsies médico-légales, elle comprend deux chefs : 1o. l'examen du corps dans son ensemble, 2o. l'examen de ses différentes parties.

1° Au premier chef se rapportent les attributs généraux du corps ; l'âge, le sexe, la taille, le développement, la nutrition générale, les caractères généraux de la peau, les signes de la mort et de décomposition.

La peau présente diverses colorations qu'il importe de bien distinguer : 1° une coloration verdâtre qui se montre d'abord aux endroits où les viscères sont le plus près des parois, sur les côtés de l'abdomen et dans les espaces intercostaux. Cette coloration, signe de mort certain, n'est pas, comme Orth le prétend un commencement de putréfaction, mais elle précède immédiatement celle-ci, un degré de plus et l'odeur caractéristique se manifeste, l'épiderme se sépare du derme sous la pression du doigt, la putréfaction est établie. Elle est plus ou moins prompte à apparaitre suivant la température de l'appartement et la quantité de vapeur d'eau qui y est contenue. 2° La coloration rouge pâle ou foncé due au sang. Elle offre deux variétés, l'une qui résulte de la gravitation du sang dans les vaisseaux de la partie la plus déclive du cadavre, on la remarque au dos, au cou, au thorax suivant la position du sujet on la nomme *tâche hypostatique,* l'autre qui dépend de la diffusion de la matière colorante du sang dans les tissus environnants. Les taches hypostaliques disparaissent sous la pression du doigt et sont d'origine cadavérique, les secondes ne disparaissent pas sous la pression du doigt et sont d'origine pathologique. Ces deux espèces de taches ne soulèvent pas la peau, ce qui a généralement lieu pour les extravasations sanguines. On devra se rappeler que lorsque la couleur d'une partie du corps vivant dépend de la congestion des vaisseaux elle disparait d'habitude presque complètement après la mort, mais la cyanose des lèvres, du nez et de l'extrémité des doigts subsiste le plus ordinairement après la mort.

La rigidité cadavérique, due à la coagulation de la myosine, se montre d'abord dans les muscles de la machoire, envahit ensuite le cadavre de haut en bas et disparait dans le même ordre. Elle est d'autant plus marquée que l'individu était plus fort et que la maladie a été plus courte. Elle atteint son maximum dans le choléra. Si on vainct par la force la rigidité cadavérique, elle ne se reproduit pas.

2° Dans l'examen des différentes parties du corps on passera successivement en revue, la tête, le cou, le thorax, l'abdomen, le dos, l'anus, les organes génitaux et les extrémités, les dents, la langue, les corps étrangers, les blessures et les modifications de forme et de volume.

Section.—D'abord, il est important que le couteau soit bien tranchant, on le tiendra, non pas comme une plume à écrire comme lorsqu'on déssèque, mais à pleine main comme un couteau à dépécer. On commencera l'incision non par la pointe, mais par le talon de l'instrument, et il sera dirigé non par un mouvement du poignet mais bien de l'épaule, de manière à faire une incision longue et lisse. Virchow pose en principe qu'une grande incision malgré qu'elle soit faite dans un endroit mal choisi ou dans une fausse direction vaut mieux qu'une ou plusieurs petites entailles bien placées et encore mieux valent des sections fausses si elles sont unies que des coupes dentelées déchiquetées, mais correctes du reste.

Les incisions doivent être faites par un mouvement de traction plutôt que de pression, afin de ne pas écraser les tissus; pour les organes les plus consistants, l'incision devra être d'autant plus rapide qu'on sera obligé d'appuyer d'avantage sur le couteau.

La grande règle qui s'impose dans toute autopsie est de procéder à l'ouverture des cavités et à l'examen des parties d'après un ordre défini et cela pour plus d'une raison. Un plan méthodique permet d'examiner tous les organes sans en oublier aucun, de consulter et de confronter d'un coup d'œil les rapports que l'on conserve. Mais ce n'est pas là le point capital, cet examen méthodique est la condition sans laquelle on ne peut étudier les organes dans l'état et les rapports qu'ils affectent normalement. Que résulterait-il, en effet, de l'examen de la cavité thoracique avant celui de la cranienne: un degorgement des vaisseaux de l'encéphale résultant de la section des gros vaisseaux du cœur et conséquemment à l'ouverture de la cavité cranienne un aspect du cerveau qui n'est plus le véritable.

La même raison nous empêchera de *vider* la cavité abdominale avant la thoracique, car la section de la veine cave infé-

rieure laisserait dégorger la portion thoracique du vaisseau et le plus souvent le côté droit du cœur, lorsqu'ensuite on viendrait à examiner cet organe on en trouverait un côté vide et flasque lors qu'on aurait du peut-être le trouver gorgé de sang. De plus on s'exposerait à déchirer le diaphragme en détachant le foie ce qui permettrait aux liquides contenus dans la plèvredo s'écouler dans l'abdomen.

Le médecin dont le temps est précieux fera-t-il ouvrir à l'avance, par un aide, les deux cavités thoracique et abdominale, comme on le faisait autrefois, pour sauver du temp? Assurément non, car le diaphragme s'affaisserait et il n'y saurait plus retrouver les précieux enseignements qu'il nous donne souvent.

Tant que la cavité thoracique est fermée le poumon reste distendu par l'air qui pénètre parla trachée et les bronches et la voussure du diaphragme persiste, enlevez le sternum ou piquez le diaphragme de la pointe du scalpel et aussitôt le poumon s'affaisse et se retracte contre la colonne vertébrale et le diaphragme s'affaisse. Il faut donc procéder par ordre et voici dans quelle succession.

On commencera d'abord par l'examen des centres nerveux, encéphale et moëlle épinière, l'examen de cette dernière peut sans inconvénient, et doit de préférence dans les cas de médecine légale, être renvoyé à la fin de l'autopsie à cause des fréquents déplacements qu'il faut faire subir au cadavre pour ouvrir le canal vertébral. Puis on passera au thorax et à l'abdomen, pour cela on fait une incision depuis le menton jusqu'à la symphyse du pubis.

Ici se présente une difficulté. Je viens de dire que le thorax doit être vidé avant l'abdomen, mais si j'ouvre la cavité thoracique le poumon va se rétracter, s'il n'est pas emphysemateux, la forme du diaphragme sera changée par suite de la section de ses attaches antérieures et les viscères abdominaux seront déplacés vers la cavité thoracique. Si je vide l'abdomen avant le thorax, ce sera pis encore, je déchirerai peut être le diaphragme et je changerai assurément l'aspect du cœur, le bon sens me prescrit un moyen terme: après avoir fait la longue incision cutanée je complèterai l'ouverture de la cavité abdominale, je constaterai les rapports des organes, leur couleur, la présence de liquides ou tissus pathologiques la position du diaphragme et laissant le tout en place, je procèderai à l'ouverture du thorax.

Mais pourquoi tant se hâter d'observer la couleur des viscères abdominaux quant il semble qu'on pourrait si bien le faire à un moment subséquent de l'autopsie? Virchow nous en fait

bien voir la raison. La physiologie nous enseigne que le sang artériel est d'un rouge brillant, le sang veineux d'un rouge sombre presque noir, le chirurgien peut reconnaître la nature artérielle où veineuse d'un vaisseau qu'il divise par la couleur du sang, qui s'en échappe; sur le cadavre, rien de cela et tout le sang qu'il contient a revêtu une couleur veineuse uniforme, les artères ne contiennent plus que du sang veineux, le poumon seul fait exception à la règle parce qu'il n'a pas exhalé les dernières traces d'oxigène avec le dernier soupir et l'hématose s'y fait encore localement quoiqu'incomplètement par l'air qui est resté emprisonné dans les alvéoles de l'organe. Cette couleur veineuse du sang est cependant instable et le sang du cadavre peut s'hématoser, mais remarquons-le bien, aussi bien que dans les veines que dans les artères, le sang des veines peut devenir rouge brillant au contact de l'air atmosphérique et faire croire à une inflammatoire à un processus pathologique là où il n'existe qu'une modification posthume, un processus cadavérique. C'est pour prévenir cette cause d'erreur qu'on constate tout d'abord la couleur des viscères.

Il se dégage de ces faits un enseignement pratique, à savoir: qu'il ne faut jamais présumer de la nature artérielle ou veineuse d'un vaisseau sanguin d'après la couleur de son contenu, si le vaisseau est trop petit pour en distinguer la nature, il faut en refouler le sang jusqu'à ce qu'on arrive à une branche plus considérable que l'anatomie nous permette de classifier.

Tel est l'ordre dans lequel il est le plus avantageux d'examiner les cavités splanchniques mais ce n'est pas tout, chacune d'elles contient une foule d'organes qu'il faut aussi interroger avec méthode.

Occupons nous d'abord du cerveau ou plutôt de la tête. On fait d'abord une incision transversale s'étendant d'un apophyse mastoïde à l'autre, puis on rabat le cuir chevelu en avant jusqu'au bourrelet superciliaire et en arrière jusqu'à la protubérance occipitale externe, et on enlève le péricrâne de façon à exposer la voûte cranienne. Il importe de tenir compte des suture qui sont dites exister tant qu'on peut en apercevoir les zigzags et dont l'ossification prématurée joue un rôle assez important dans le développement du cerveau, par contre, la suture frontale qui normalement disparait à la fin de la cinquième année peut persister jusqu'à un âge plus ou moins avancé. Le crâne est scié circulairement à la hauteur de la protubérance occipitale externe et du bourrelet superciliaire et on complète la séparation des os avec le ciseau en se servant le moins possible du maillet dont le choc pourrait dans certains cas lacérer la pulpe

cérébrale. Si la dure-mère n'est pas trop adhérente au crâne on la laisse en place, mais chez les enfants au-dessous de sept ans, on est toujours forcé de l'inciser circulairement et de l'enlever avec la voûte, car jusqu'à cette époque de la vie la dure-mère adhère intimement à la face interne du crâne dont elle constitue le périoste interne.

La tension de cette membrane doit être examinée attentivement. Dans l'examen de la pie-mère on devra se prémunir contre le danger de voir une congestion pathologique là où il n'existe qu'une congestion hypostatique. Il faudra donc suivre certains vaisseaux pour s'assurer s'ils sont complètement ou partiellement remplis et si une partie est plus pleine que l'autre. Pour s'assurer si la congestion est artérielle ou veineuse, on devra se rappeler que les véines de la pie-mère rampent à la surface du cerveau et les artères dans les circonvolutions et s'il existe des doutes on s'aidera du refoulement du sang jusqu'à un vaisseau plus grand, A l'examen des méninges, on fera succèder celui des ventricules, mais on y procèdera d'une manière différente de celle qu'on adopte en anatomie descriptive. Au lieu de mettre à nu le centre oval de Vieussens on fera une incision verticale antéro-postérieure à un millimètre en dehors du raphé du corps calleux de façon à ouvrir un des ventricules latéraux tout en conservant intact le septum lucidum et le ventricule moyen; cette incision ne devra pas être assez profonde pour attaquer le noyau cérébral de Gratiolet, on la prolongera en avant et en dehors vers la corne frontale puis en arrière et en dehors vers la corne occipitale, puis les deux extrémités de cette incision courbe seront réunies par une seconde incision verticale passant en dehors du noyau cérébral et pénétrant jusqu'au plancher du ventricule, on pourra alors enlever la voûte et exposer la cavité ventriculaire qui ne contient tout au plus qu'uue cuillérée à thé de liquide à l'état normal. On procédera de la même manière pour l'autre ventricule latéral. Pour ouvrir le troisième ventricule la pointe du scalpel est introduite sous le corps calleux et les piliers antérieurs du trigone au niveau du trou de Munro, le tout est divisé obliquement de bas en haut et d'arrière en avant et renversé en arrière de maniére à exposer la toile choroidienne, puis celle-ci est renversée à son tour et détachée des tubercules quadrijumeaux et de la glande pinéale. Une dernière incision antéro-postérieure et verticale divise les tubercules quadrijumaux l'aqueduc de Sylvius et le quatrième ventricule.

Il est d'une importance majeure dans l'examen des organes, d'y multiplier les incisions pour bien se rendre compte de leur état. Au cerveau plus qu'ailleurs cet examen minutieux est

indispensable. Pour tirer de ces coupes multipliées tout l'avantage qu'on en attend il est essentiel de conserver entre les différents segments un trait d'union qui permette de les réunir au besoin pour se rendre compte du trajet d'un vaisseau, du diamètre d'une cavité, etc., de faire de chaque organe suivant la comparaison de Virchow un livre dont les feuillets retenus en place par la reliure, puissent être réunis, séparés, retournés et retrouvés sans effort. Le point qu'on choisit de préférence pour la reliure, c'est le hile, les incisions devront donc y converger de dehors en dedans, mais au cerveau le hile n'existe pas et les différentes parties de l'organe ne sont retenues en place que par une membrane très-déliée, la pie-mère, cependant il est encore possible d'y trouver des points d'union. Ainsi la couche optique et le corps strié seront etudiés par des incisions en éventail convergeant vers le pédoncule cérébral. La moelle épinière sera tranchée en rondelles réunies par leur bord antérieur ou postérieur.

Voilà pour l'examen des centres nerveux, passons maintenant au thorax.

La cavité du thorax se subdivise en trois cavités secondaires parfaitement indépendantes : les deux cavités pleurales et la péricardique contenue dans le médiastin. Ce dernier était autrefois considéré comme un espace, mais aujourd'hui on en fait une cloison. On sait que les plèvres tapissent les cartilages costaux et qu'au niveau des 3 ou 4 premières côtes, elles tapissent la face postérieure du sternum et s'y adossent pour former la plèvre médiastine. En enlevant le sternum on ouvre donc les deux cavités pleurales, mais l'ouverture simultanée du péricarde serait le fait d'une maladresse.

Pour enlever le sternum on divisera avec le couteau ad hoc les cartilages costaux à quelques millimètres de leur insertion aux côtes en ayant soin de tenir l'instrument aussi parallèle que possible avec la surface pour ne pas blesser le poumon ou le cœur. Si ces cartilages sont calcifiés on sciera les côtes près de leur extrémité antérieure ou on les coupera avec les cisailles de Liston. Il faut se rappeler que le cartilage de la première côte n'est pas en ligne avec les autres à cause de la plus grande largeur du manubrium et qu'il affecte des rapports intimes avec les gros vaisseaux. On le divisera en introduisant la pointe du couteau dans le premier espace intercostal et en opérant un mouvement de bascule de façon à sectionner le cartilage de dedans en dehors. On désarticule la clavicule et on coupe les attaches antérieures du diaphragme près des fausses côtes et du cartilage ensiforme pour relever le sternum. Si on soupçonne le pneumothorax on remarquera s'il s'échappe des

gaz par la première incision. Si on veut en démontrer l'existence aux assistants on tiendra au-dessus de l'ouverture une allumette dont la flamme vacillera ou sera éteinte par les gaz qui s'échapperont. On devra se hâter d'examiner l'état et le contenu des deux cavités pleurales pour y constater, s'ils existent, l'hydrothorax, l'hémothorax ou l'inflammation de la séreuse et cela d'autant plus tôt que dans la section du sternum, on coupe ordinairement les vaisseaux mammaires internes qui peuvent se dégorger dans les cavités et y produire un épanchement ou dénaturer celui qui existe déjà.

On conçoit qu'il faille examiner le cœur avant d'extraire le poumon du thorax; il faudrait en effet pour cela couper l'artère et les veines pulmonaires ce qui permettrait au tronc de l'artère, à l'oreillette gauche et au ventricule droit de dégorger leur contenu. On pourrait à la rigueur ligaturer ces vaisseaux mais cela n'est ni avantageux ni facile.

L'examen du cœur constitue un des points principaux de toute nécropsie. Après avoir examiné le péricarde et l'aspect extérieur du cœur, on procédera à l'examen *in situ* de ses cavités pour constater la quantité de sang qu'elles contiennent et l'état de ses ouvertures auriculo-veutriculaires. On conçoit toute l'importance qu'il y a à constater la quantité de sang contenue dans le cœur, car c'est elle qui nous révèle toujours les deux causes de mort les plus fréquentes: l'asphyxie qui se trahit par l'engorgement du ventricule droit et la paralysie du cœur par celle du ventricule gauche.

C'est ici le lieu de rappeler que les caillots post mortem qu'on trouve souvent dans le cœur sont noirâtres, couleur jus de pruneaux, molasses et gélatimiformes, tandis que les concrétions sanguines antérieures à la mort sont, au contraire, décolorées, d'un blanc grisâtre ou jaunâtre, parfois très-blanches.

Dans l'ouverture des cavités du cœur, il faut ménager avec soin la base de l'organe et éviter de sectionner les valvules qui s'y insèrent si on veut plus tard les examiner. On ouvrira le *ventricule droit* en incisant le bord droit de l'organe depuis la base jusque *près* de l'apex qui est formé, on le sait, par le ventricule gauche; l'incision pour l'*oreillette droite* commencera à mi-chemin entre l'ouverture des deux veines caves, et se terminera en avant de la base; celle du *ventricule gauche* commencera en arrière de la base et se terminera à l'apex; celle de l'*oreillette gauche*, à gauche de la veine pulmonaire supérieure jusqu'en avant de la base.

Après l'ouverture de chacune des cavités du cœur on enlèvera le sang qu'elle contient, puis on introduira doucement les doigts dans chacune des ouvertures auriculo-ventriculaires,

pour en constater les diamètres. A l'état normal, une main délicate peut y introduire trois doigts : l'index, le médius et l'annulaire, mais on le conçoit, c'est là une mesure approximative à laquelle on ne peut suppléer que par la pratique. Il ne faudra pas chercher à se rendre compte, en même temps, de l'état des valvules. Dans le côté gauche du cœur, il faudra savoir éviter deux causes d'erreur assez fréquentes : l'ouverture auriculo-ventriculaire de ce côté est souvent rapetissé par la contraction du ventricule ou la rigidité cadavérique, il faudra donc vaincre avec les doigts cette rigidité anormale avant de prendre note des diamètres de l'ouverture. Ici se termine le premier temps de l'autopsie du cœur.

Dans un deuxième temps, on sortira l'organe de la cavité thoracique : pour cela introduisant le pouce et l'index de la main gauche dans l'ouverture des ventricules près de l'apex, on relèvera l'organe et on divisera les artères aorte et pulmonaire et les veines caves et pulmonaire, puis après avoir examiné les parois des artères on en étudiera les valvules sigmoides.

Pour juger de leur suffisance plus ou moins complète on devra suspendre le cœur par le bord externe des deux oreillettes, verser de l'eau dans les artères et constater si elle s'échappe ou non par l'incision des ventricules. Si on suspendait le cœur en le tenant par les bords du vaisseau dont on examine les valvules, celles-ci pourraient être tiraillées inégalement. Si on étreignait l'organe par sa base on pourrait empêcher l'eau de sortir quand même il y aurait insuffisance des valvules.

Dans un 3me temps on complètera l'ouverture des ventricules pour exposer à la vue les valvules, les cordes tendineuses, les colonnes charnues, le septum, l'endocarde, etc. L'épreuve de l'eau n'a plus ici de valeur pour juger de l'état des valvules auriculo-ventriculaires. Il est donc important de ne pas les lacérer, si on veut juger de leur état, et pour atteindre ce but les incisions devront être faites dans un sens déterminé.

Pour compléter l'ouverture du ventricule droit, on fait avec des ciseaux une incision s'étendant depuis la partie supérieure de l'incision déjà existante, jusqu'à l'artère pulmonaire. Mais sur ce trajet se trouvent les colonnes charnues et les cordages tendineux d'un des feuillets de la valvule tricuspide, il faudra donc avoir soin d'introduire une des branches des ciseaux entre ces organes et la paroi du ventricule.

Pour exposer la ventricule gauche, l'incision commençant à l'apex du cœur divisera la paroi antérieure du ventricule et de l'aorte ; mais encore ici, sur le trajet de l'incision se trouve l'orifice pulmonaire et le bord droit de la valvule mitrale qu'il

faut éviter. Pour cela je tirerai à droit le tronc de l'artère pulmonaire et je ferai mon incision sur le côté gauche et postérieur de l'artère mais pas trop à gauche, car à quelques millimètres je trancherais la mitrale dont le bord droit est en ligne directe avec le bord droit de l'oreillette gauche, je dirigerai donc mon incision vers le millieu de l'espace qui sépare l'artère pulmonaire de l'oreillette gauche.

Abdomen.—En examinant les viscères abdominaux, il faudra avoir soin de *réserver pour la fin ceux dont l'extraction pourrait nuire à l'examen subséquent des autres.* Si par exemple on enlevait le foie le premier, on ne saurait éviter de couper les veines cave et porte et de souiller de sang tous les autres viscères. On procèdera donc dans l'ordre suivant: 1° Omentum, 2° rate, 3° rein gauche avec sa capsule et son uretère, mêmes organes du côté droit, 4° vessie, 5° organes génitaux, 6° rectum, 7° duodénum et estomac, 8° conduit cholédoque et veine porte, 9° vésicule biliaire et foie, 10° pancréas, 11° mésentère, 12° gros et petit intestin, 13° gros vaisseaux sanguins et chylifères et ganglions lymphatiques.

La plupart de ces organes devront être examinés *in situ* avant d'être enlevés.

Une foule de circonstances peuvent nécessiter un changement d'ordre, mais il faudra toujours se guider sur le principe que je viens d'énoncer.

Il peut sembler à plusieurs plus avantageux d'enlever d'abord l'intestin et il n'y aurait pas vraiment grand inconvénient à en agir ainsi, surtout s'il était distendu par des gaz ou des matières fécales ou fécaloïdes.

Quand aux extrémités qu'il n'est pas toujours nécessaire d'examiner en détail, je crois inutile de m'y arrêter, il me faudrait pour cela entrer dans des considérations d'anatomie pathologique que ne comporte pas mon sujet. Permettez-moi, cependant, pour terminer, de vous communiquer quelques remarques du professeur Beneke de Marburg qu'on ne trouve pas dans les ouvrages classiques.

1° Avant la puberté l'aorte a un plus grand diamètre que l'artère pulmonaire. Après cette époque c'est le contraire qui existe.

2° Chez l'homme adulte le volume des poumons est inférieur à celui du foie, chez la femme adulte c'est le contraire.

3° Chez l'homme le volume des deux reins est moindre que celui du cœur, chez la femme il est plus considérable.

4° Le volume du cœur augmente subitement à la puberté.

5° Le calibre des artères iliaques diminue pendant les trois premiers mois de la vie.

6o. Chez les cancéreux le cœur est gros et puissant, les artères bien développées, mais l'artère pulmonaire comparativement petite, le poumon petit, les os et les muscles bien développés et le tissu adipeux en assez grande abondance.

7o. La tuberculose pulmonaire est souvent associée à un cœur exceptionnellement petit.

8o. Chez la rachitiques le cœur est gros et bien développé.

Ce sont là des faits qu'il est bon de se rappeler dans les examens cadavériques.

Après cette longue description on pourrait demander avec inquiétude, combien de temps exige une autopsie complète. Deux ou trois heures, nous dit Virchow. Plus ou moins probablement, suivant le cas et les opérateurs.

Tel est, messieurs, le manuel opératoire d'une autopsie cadavérique. Le praticien n'a pas bien souvent, en ce pays, l'occasion de faire des ouvertures et nos écoles, je dois le constater, ne donnent pas à cette question toute l'importance qu'elle mérite. Mais comme chacun peut être appelé, par ses clients ou par la loi à s'acquitter de ce devoir, il importe de se tenir prêt à y faire bonne figure. Certaines causes célèbres nous ont laissé à ce sujet de bien désagréables souvenirs et de salutaires avertissements. La société me pardonnera, en considération de l'importance du sujet, la longueur de cette étude pour laquelle je ne réclame d'ailleurs que le mérite d'une bonne compilation. C'est déjà quelque chose de compiler certains auteurs allemands. Si vous en doutez, je vous engage à en faire l'expérience sur le petit manuel d'autopsies cadavériques de Virchow; ouvrage admirable..... quand on l'a compris.

COMMUNICATION.

Chirurgie.

La passion de l'étude doit être subordonnée aux droits de l'humanité.—DR BARNES.

LES OPÉRATIONS CHIRURGICALES A LA VILLE ET A LA CAMPAGNE.

MM. les Rédacteurs,

.....Au cours de votre article éditorial (No. de Mai dernier), vous dites: "Cette question importante de la supériorité "de la campagne sur nos villes, devons-nous la résoudre dans "un sens affirmatif"; puis vous entreprenez courageusement

de faire de Montréal un Eden, un baucage embaumé, pur, frais, ombragé, délicieux enfin; nullement vicié par les miasmes et les émanations nocives; " *qu'il n'est pas dans l'ordre divin que* " *la vie y soit plus exposée qu'à la campagne.*" Elle n'est pas seulement poétique votre entreprise, elle a presque des prétentions méthaphysiques; c'est trop brillant, je n'ose vous suivre si haut et si loin, je me contente des froides et arides régions de la science réelle.

Je vous concède très volontiers qu'il n'est jamais entré dans le plan providentiel que, dans le petit coin de terre que M. de Maisonneuve a choisi pour y établir Montréal, la vie y fut plus exposée qu'ailleurs; mais ce que je ne vous concède pas du tout c'est que la ville de Montréal ait été construite d'après un plan providentiel. Il n'est rien de moins providentiel que la distribution de ses rues étroites et trop souvent d'une propreté fort contestable; que son système de drainage; que son organisation sanitaire; que ses hôpitaux qui ne peuvent légitimement avoir de prétentions scientifiques et hygiéniques dans leur bizarre disposition architecturale. Il y aurait un travail important et très utile à faire sur ce sujet.

Vous le savez, Montréal ne figure pas très avantageusement dans la statistique comme centre sanitaire. Il a la mauvaise habitude de choyer les épidémies qui le visitent assez souvent et de leur permettre des ravages qui font le désespoir des familles et des médecins qu'il abrite.

Ce n'est pas faire acte de dévouement personnel et scientifique que de prétendre que les opérations chirurgicales doivent réussir aussi bien à Montréal ou dans les grandes villes qu'à la campagne. C'est dans mon humble opinion une faute grave (pour ne pas dire plus) que de chercher à entraîner les malades de la campagne à se faire opérer dans les hôpitaux des grands centres de population. Habitué à vivre dans un atmosphère sain, il est toujours dangereux pour la santé et la vie de l'habitant de la campagne de se soumettre à l'insalubrité des grandes villes. Il me serait bien facile de prouver ce que j'avance ici, si j'en avais le temps et l'espace. Ce changement de milieu et de conditions sanitaires est surtout et particulièrement fatal aux malades. Ce n'est certainement pas mon intention de déprécier dans un but de dénigrement les secours nosocomiaux que Montréal prodigue généreusement aux malades; mais y a-t-il un seul établissement qui mérite judicieusement et scientifiquement le nom d'hôpital? Il suffit de jeter un coup d'œil sur vos établissements de ce genre pour se convaincre fortement que le maçon et l'architecte ont eu plus à faire dans leurs dispositions générales que les médecins, les chirurgiens et surtout les hygiénistes. Le métier s'y est substitué à la science.

L'enseignement de Barnes peut contrarier l'ambition, mais il est trop solide et trop judicieux pour qu'il soit permis de le méconnaître. Ce qu'il dit de l'ovariotomie s'applique à toutes les grandes opérations chirurgicales, vous le savez.

Dr D. MARCIL.

Saint-Eustache, 27 mai 1881.

ERRATA.

Dans " Un cas d'Ovariotomie, numéro de Mai dernier : 8me alinéa, lisez " emphatiquement" au lieu de " amphatiquement"; et " entreprise " au lieu de " prise." Page 197, 3me alinéa, lisez " de perforer " au lieu " de ne pas perforer."

REVUE DES JOURNAUX.

PATHOLOGIE ET CLINIQUE MÉDICALES.

De la Dipsomanie.—Par le Dr MAGNAN.—Messieurs, nous allons étudier aujourd'hui une affection qu'il ne faut pas confondre avec l'alcoolisme : C'est la dipsomanie. Vous allez voir en quoi elles diffèrent. Je vous ai dit, dans notre précédente leçon, que les hallucinations alcooliques avaient un caractère pénible ; c'est le cas de beaucoup le plus commun. Il est très rare, en effet, qu'elles prennent un caractère gai et ce n'est que par intermittences. Elles sont mobiles, généralisées, s'étendent à tous les sens et reproduisent les préoccupations ordinaires du malade qui présente l'aspect ou mélancolique, ou lypémaniaque, ou stupide. Ces hallucinations, au début de l'alcoolisme, se montrent d'abord la nuit, quand l'individu va passer de la veille au sommeil, ou lorsqu'il se réveille en sursaut, car alors, la volonté éteinte ne peut plus corriger et rectifier les erreurs des sens et les diverses causes d'excitation normale n'existent plus. Rappelez-vous aussi qu'il ne faut pas se fier à la période de calme de l'alcoolique pendant le jour. Si sage qu'il soit à ce moment, où il raisonne sainement et où il critique son délire nocturne, il peut néanmoins, sous l'influence d'hallucinations nouvelles, commettre dans la nuit des actes dont il est absolument irres-

ponsable. Cela est très important en médecine légale. Plus les accès de délire se répètent, et plus l'état du malade devient grave ; l'intelligence baisse pen à peu, la lypémanie s'établit, la mémoire s'affaiblit, le jugement disparaît, l'état moral s'affaisse et l'alcoolique, devenu négligent pour ses affaires et sa tenue, ayant perdu tout sentiment affectueux pour sa famille, marche plus ou moins vite vers la démence simple ou vers la paralysie générale, ne pensant plus qu'à une chose, n'ayant qu'un seul souci : boire, et toujours boire.

Vous verrez qu'il en est tout autrement dans la dipsomanie. La dispomanie n'est pas une entité morbide, ni une monomanie ; c'est seulement une prédominance de symptômes : " C'est une impulsion, un entraînement puissant contre lequel l'individu ne peut résister et qui le pousse à faire des excès de boisson. " Les anciens auteurs en avaient fait une maladie ; je vous citerai, par exemple, Salvatori (de Moscou) et Hufeland, qui lui donna le nom qu'elle porte encore aujourd'hui. Esquirol l'appela monomanie d'ivresse. Mais, pour nous, messieurs, " la dipsomanie n'est qu'une manifestion d'une mélancolie impulsive ". Les dipsomanes sont des aliénés en puissance, en germe, ayant de fortes racines d'hérédité. Chez les uns, on trouve de l'hérédité convergente double : le père et la mère ont été l'un alcoolique, l'autre mélancolique. Souvent un seul des ascendants a été atteint ; quelquefois même il faut remonter au grand'père. D'autre part, et ceci est très important, les dipsomanes ont déjà présenté, avant leurs accès, des monomanies d'une autre nature, manie de suicide, d'homicide, manie religieuse, démonopathie, etc... Cette affection est donc une folie, et avant de boire le dipsomane est déjà aliéné, tandis que l'alcoolique est sain avant de boire et ne devient aliéné qu'après.

Chez les dipsomanes, les accès sont précédés de tristesse, de mélancolie, d'un malaise particulier qui imprime une modification profonde à leur caractère et à leur manière d'être habituelle. Puis le désir de boire se manifeste, sous forme d'impulsion de plus en plus vive à laquelle ils essayent d'abord de résister pour un mobile ou pour un autre, soit qu'un sentiment de dégoût, soit que leurs idées morales ou religieuses leur fassent condamner l'acte vers lequel ils sont portés. Enfin l'incitation devenant plus violente, ils ne peuvent y résister, ils ne raisonnent plus, et ils boivent tout ce qu'ils trouvent. Mais remarquez bien, messieurs, et c'est un point sur lequel insistait M. Trélat, que les dipsomanes ne boivent qu'au moment de leurs accès, ce qui les différencie des ivrognes, qui boivent toujours.

M. Magnan raconte alors l'histoire d'une pauvre dipsomane

qu'il présente ensuite à l'auditoire. Cette femme, âgée aujourd'hui de 52 ans, avait dans sa famille des antécédents de folie convergente double. Son père était ivrogne, son grand'père était atteint de manie de suicide et finit par se tuer. Dès l'âge de 18 ans, la malade, contrariée par l'opposition de ses parents à un mariage qu'elle désirait, tenta de s'asphyxier par le charbon : donc monomanie de suicide. Quelques mois plus tard elle entre au couvent et se fait carmélite; là, après des excès de ferveur, elle a des hallucinations, elle entend la voix des anges, elle converse avec Dieu ; puis après de graves irrégularités dans sa conduite, elle est atteinte de demonopathie pendant deux ans. Voilà de la manie religieuse bien caractérisée. Elle se décide nn jour à quitter le couveut et à rentrer dans sa famille, où elle se marie. Mais au bout de quelques mois elle devient bizarre, son caractère se modifie, elle est triste, taciturne par excès, elle néglige le ménage et un jour on la trouve complètement ivre. Cinq ou six semaines après nouvel accès et son caractère devient de plus eu plus irritable ; elle veut étrangler son mari, le menace d'un couteau, le bat à table devant plusieurs personnes. Renvoyée pendant 18 mois chez sa mère, elle y recouvre la santé ; elle est reprise alors par son mari. Mais bientôt elle est ramassée ivre dans la rue et après 4 ou 5 nouveaux accès, on se déeide à la renfermer dans un asile d'aliénés. Elle y resta 3 mois et son état s'améliora sensiblement. Peu de temps après sa sortie, elle rencontra un ami avec lequel elle vécut pendant 7 ans; celui-ci, plein de sollicitude pour elle, et la surveillant de près, note en 7 ans 80 accès. La malade, se rendant compte de sa triste situation, chercha deux fois à se suicider. Renfermée une troisième fois à l'asile et encore améliorée, elle ne tarde pas à être reprise de sa manie irrésistible : elle boit plus que jamais, malgré tous ses efforts, et devient complétement alcoolique, si bien qu'on la ramène une dernière fois à l'asile Sainte-Anne, où elle se trouve encore aujourd'hui.

La malade raconte alors elle même comment elle était prise de ses accès de dipsomanie et tous les moyens qu'elle employait pour ne pas céder à cette impulsion plus forte que la volonté.

Ces accès revenaient généralement la nuit, quand la malade commençait à s'endormir ; alors, réveillée en sursaut, elle se sentait poussée à boire les bouteilles de vin qui étaient près d'elle sur sa table de nuit. Elle résistait d'abord en essayant de se rendormir. L'incitation devenant plus forte, il n'était pas de moyens qu'elle ne mit en usage pour ne pas succomber, mêlant au vin de la bouteille les liquides les plus amers et les

plus repoussants, jusqu'à des matières fécales; malgré cela, l'impulsion continuait et bientôt, ne raisonnant plus, elle saisissait les bouteilles et buvait: puis arrêtée par l'âcre saveur du liquide, elle le laissait un instant: mais elle recommençait jusqu'à ce qu'elle eût achevé la bouteille. Elle devenait alors complétement ivre, et, à la fin, atteinte de délire alcoolique, elle voyait, dit-elle, des araignées, des chauves-souris, des animaux fantastiques autour de son lit; toute la série, en un mot, des hallucinations alcooliques.

Ce qui caractérise la dipsomanie, c'est ce retour paroxystique de l'impulsion à boire, impulsion qui n'est pas isolée, remarquez-le bien, mais toujours précédée et accompagnée d'un sentiment de tristesse, de découragement, d'impuissance à continuer le travail, de malaises dyspeptiques. Le malade a la sensation d'un poids, d'une barre sur l'estomac. Il a de l'insomnie, des cauchemars, des rêves fatigants et, le désir impérieux de boire survenant, il s'y abandonne avec fureur. Les premiers verres amènent un état d'apaisement, de soulagement, de bien-être funeste puisqu'il engage le dipsomane à continuer jusqu'à ce qu'il tombe dans l'ivresse complète: alors tout est bon, les boissons même les plus désagréables, et pour s'en procurer, le malheureux se sert de tous les moyens; il quitte son domicile et court de maison en maison, laissant chez les marchands de vin tout ce qu'il a sur lui, jusqu'à ses vêtements, pour assouvir ses affreux besoins. Puis arrivent pour les uns les phénomènes de l'ivresse comateuse, pour les autres la phase d'excitation véritablement redoutable, car alors ils sont poussés à des actes de suicide ou d'homicide dont ils ne sont plus responsables.

Les accès de dipsomanie présentent une très-grande variété: comme durée, ils se prolongent pendant quinze jours même, dans certain cas; 2o. comme fréquence, les uns se renouvellent tous les quinze jours, d'autres cinq ou six fois par an, quelquefois plus rarement encore. La menstruation, la grossesse ont peu d'importance sur leur reproduction.

Le pronostic est très-grave, puisqu'on a affaire à des folies intermittentes paroxystiques qui peuvent pousser le malade aux actes les plus graves, et qui se renouvellent constamment.

Le traitement consiste à traiter les phénomènes d'excitation qui suivent l'accès, on donne alors du bromure de potassium. On agit contre l'état gastrique par les amers, etc. Mais ce qu'il y a de mieux pour les dipsomanes, c'est la séquestration, c'est l'asile et la surveillance, qui les calme, qui éloigne les accès, qui leur enlève la faculté de céder à leurs fâcheuses impulsions et arrête par là la reproduction de nouvelles attaques de folie.

Il est donc nécessaire de maintenir ces malades dans les maisons d'aliénés, où ils resteront plus ou moins longtemps, suivant la gravité de l'affection et les conditions particulières qui leur permettent de reprendre la vie commune, mais ils devront toujours être surveillés.—*Le Praticien.*

—

Indications pathologiques des cures de lait.—*a. Cures de lait dans les affections générales.*—Les cures de lait ont été appliquées primitivement dans les *affections tuberculeuses;* or il est à remarquer que c'est précisément dans les gastrites et les dyspepsies d'origine tuberculeuse, que ce régime convient le moins; lorsque les malades sont arrivés à cette période caractérisée par l'anorexie absolue, par le dégoût des aliments solides quelconques, par les vomissements succédant aux quintes de toux, par la difficulté de digérer, c'est alors surtout que le lait paraît devoir être utile, et cependant il n'en est rien. Il semble au contraire qu'il convient plutôt au début de la maladie, à l'époque qui réclame les corps gras, l'huile de foie de morue; c'est comme aliment de combustion, c'est-à-dire en raison de la graisse et du sucre de lait, qu'il agit alors efficacement; la partie azotée du lait, la caséine, bien que d'une *peptonisation* incontestablement facile, devient d'une digestion difficile, en raison des acides lactique et butyrique qui se forment aux dépens du sucre de lait, et d'une autre part, en raison de la graisse qui entrave la digestion stomacale.

b. Dans les dyspepsies urémiques et uricémiques.—Un autre genre de dyspepsies de provenance générale, c'est la *dyspepsie rénale* et l'*urémie* gastro-intestinale, qui en est la conséquence; dans ces conditions la cure de lait présente une incontestable utilité. On l'a employée également dans les cachexies, particulièrement dans la *goutte chronique*, accompagnée ou non de dyspepsie.

c. Dans les hydropisies.—Le triomphe du lait est dans les *hpdropisies* en général, *rénales* ou *cardiaques;* il agit à titre de diurétique.

C'est même là le point de départ de son emploi dans les affections du cœur sans *hydropisies.* Le professeur Potain a insisté sur cette médication dans certaines *lésions* cardiaques, surtout du cœur droit, qui proviennent de la néphrite. De même aussi, dans les hypertrophies cardiaques passagères provenant de dyspepsies, cette application est parfaitement logique, si la cure de lait convient aux affections dyspeptiques; or ce n'est pas là un axiome, mais n'est-il pas arrivé à mon distingué

collègue de constater l'inverse, c'est-à-dire des distensions gazeuses sous l'influence de la dyspnée cardiaque ou asthmatique, véritables tympanites résultant de la fatigue du diaphragme, véritable météorisme mécanique, qui existe sans la moindre trace de dyspepsie; dans ces cas, pas de lait.

d. Ulcères de l'estomac.—Parmi les maladies de l'estomac, la seule qui réclame énergiquement le lait, c'est l'ulcère de l'estomac (Cruveilhier); de là on a argué en faveur du lait dans toutes les maladies des organes digestifs; inflammations chroniques, entérites, dyspepsies hépatiques et même *cancer*.

On n'a varié pour tous ces états si divers que la quantité de lait, et sa qualité; on a prescrit tantôt des cures exclusives, tantôt on a remplacé le lait de vache par du lait de chèvre, surtout dans les diarrhées, ou par le lait d'ânesse, surtout dans les atonies intestinales.

Dans l'ulcère de l'estomac, l'incontestable supériorité du lait tient à des raisons physiologiques qu'il s'agit de motiver fortement, pour qu'on n'en fasse ni une panacée, ni un remède empirique:

1o. Sa qualité de *liquide* alimentaire fait qu'il ne présente pas de fragments volumineux comme la viande, durs comme l'albuminoïde coagulée de l'œuf, anguleux comme la croûte de pain durcie; il n'a donc rien d'agressif pour les ulcères, qui sont ouverts, ou en voie de cicatrisation.

2o. Sa consistance molle le fait pour ainsi dire glisser de l'estomac dans l'intestin; son séjour dans l'estomac ne saurait se prolonger, les caillots de caséine, eux-mêmes, soit purs, soit mêlés de graisse, s'échappent facilement, entraînés par le liquide, à travers l'ouverture pylorique, qui s'entrouvre si fréquemment pendant la digestion, et souvent dès le début, c'est-à-dire dix à quinze minutes après l'ingestion des aliments; dès lors il ne pèse pas, comme l'on dit, sur l'estomac; loin de là, il ne l'occupe même pas, il n'utilise même pas ses fonctions; il trouve en effet dans l'intestin le suc intestinal qui digère la caséine, et transforme le sucre de lait en glycose; il trouve là le suc pancréatique, qui peptonise encore plus merveilleusement la caséine, ainsi que les albuminates du lait, et qui de plus émulsionne la graisse; il rencontre enfin dans la cavité duodénale, la bile, qui complète l'émulsionnement, et facilite singulièrement l'absorption de la graisse par la membrane qui couvre la villosité intestinale.

3o. Le lait dispense de tout autre aliment dans l'ulcère de l'estomac, et c'est là un avantage immense; de sorte qu'il n'est plus question de demi-cures ou de cures mixtes; mais à un moment donné le dégoût arrive, et force est alors de le

remplacer par des pulpes de viande crue, ou d'autres aliments de digestion facile, et dépourvus de tout élément consistant, coriace, etc.; j'ai connu un jeune médecin, très distingué, qui a vécu de lait pendant trois ans; puis l'amaigrissement se manifesta, et le lait lui inspira une véritable répulsion; il fallut cesser; il se nourrit alors, d'après mes conseils, exclusivement de viande crue réduite en pulpe, et mêlée ou non avec de la confiture; il vécut ainsi deux ans; puis il reprit le lait, qui fut impuissant pour empêcher une hémorrhagie mortelle.

4o. D'autres raisons physiologiques viennent s'ajouter aux précédentes pour démontrer l'utilité du lait; elles seront développées à l'occasion du traitement des dyspepsies.

e. Cure de lait dans le traitement des dyspepsies gastriques.— Laissons maintenant les ulcères de l'estomac, ainsi que les atonies intestinales, qui seront étudiées d'une manière spéciale, pour arriver à préciser le rôle du lait dans la diététique des autres maladies de l'estomac. Je récuse le lait dans le cancer; il est rare que cet aliment ne subisse pas dans l'estomac une fermentation lacto butyrique; je récuse le lait dans les dyspepsies à mucine, avec enduits de la langue, anorexie; je le réserve pour les dyspepsies simples, et pour les dyspepsies vasomotrices. Voici les raisons physiologiques :

1o. *Peptonisation locale.* — La caséine exige bien moins d'acide gastrique que la fibrine et l'albumine, pour se peptoniser. Il est démontré que sous le rapport de la peptonisation, on doit établir une série graduée descendante entre les divers albuminates usuels, sans parler du gluten, de la gélatine, de la nucléine, de l'hémoglobine, qui résistent singulièrement; la classification doit commencer: *a*) par l'albumine de l'œuf, qui exige un degré d'acidité considérable pour se peptoniser; *b*) puis vient la musculine; *c*) la fibrine du sang se peptonise plus facilement, c'est celle qui sert de prototype; *d*) mais c'est surtout la caséine qui exige la moindre intervention du suc gastrique, le moins d'acide et le moins de pepsine; *e*) à côté de la caséine, on peut citer la légumine, qui a la plus grande analogie de composition avec la caséine animale, et la même facilité de peptonisation, si bien que Schutzenberger et d'autres chimistes l'ont dénommée la caséine végétale.

2o. *Pas de dyspeptone.*—Par cela même qu'elle exige moins d'acide pour se transformer, sa peptonisation ne s'arrête pas en chemin, et on ne trouve pas de parapeptone, c'est-à-dire de syntonine, qui n'est que le produit de l'acidification des albuminates en général. Ainsi digestion complète dans l'estomac, à moins que les fragments de caséum ne soient entraînés par le liquide lacté dans l'intestin, où le pancréas digère parfaitement la caséine.

3o. *Albuminose et lacto-protéine. Peptones.*—Outre la caséine, il y a dans le lait une petite quantité d'un corps albuminoïde, variable selon l'espèce de lait et qui n'a ni les réactions de la caséine, ni celles de l'albumine. Un autre corps bien autrement important, c'est l'albuminose de Bouchardat, et la lacto-protéine de Millon et Commaille ; ces corps, d'après Kirschner, sont identiques à la *peptone*, car ils ne précipitent ni par la chaleur, ni par les acides.—Préformés dans le lait, ou en partie aux dépens de la caséine, ces substances *peptonoides* s'absorberaient directement, sans avoir eu à subir la moindre modification digestive ; c'est un avantage réel, mais la quantité de ces principes est minime, elle ne dépasse pas un millième.

4o. *Graisses.*—Le lait, a dit Soxhlet, n'est qu'une émulsion de graisses par les albuminates alcalins ; cette émulsion se compose de gouttelettes libres et non entourées d'enveloppes, comme on le croyait ; or cette division émulsive facilite singulièrement l'absorption de la graisse, celle-ci ne présente nulle part une pareille forme, et par conséquent une si grande facilité à pénétrer dans les membranes. Le beurre qui existe également sans être enveloppé d'une membrane, se prête à la résorption mieux que les autres graisses.

5o. Le *sucre de lait* prédomine sur tous les autres éléments dans le lait écrémé, c'est-à-dire privé de graisse et de caséine ; sa fermentation lactique se produit directement. Les autres sucres sont d'abord convertis en glycose, et celui-ci une fois formé fermente en alcool.

6o. *Les sels du lait de vache* sont principalement des triphosphates calcaires. Comme la caséine est plus considérable dans ce lait, comme elle est tenue en dissolution par les phosphates, on s'explique aisément le surplus de phosphates par l'excès de caséine. Or nous savons que la caséine se digère facilement, et que les triphosphates calcaires sont solubles.

f. Dans les cas *d'anorexie*, comme cela a lieu dans les *dyspepsies nervo vasculaires*, le lait n'exigeant aucun effort de mastication est accepté par le malade.

Pour toutes ces raisons la cure du lait dans les dyspepsies s'explique aisément ; mais dans la généralité des cas, les pepsinogènes, l'eau de Vichy et l'alcool sont indispensables, et supérieurs ; ils réveillent les forces digestives assez pour qu'on puisse recourir à une nourriture variée, substantielle et excitante, que les malades préfèrent.

Curabilité et traitement de la phthisie pulmonaire. —*Leçons faites à la Faculté de Médecine*, par JACCOUD.—Paris, Delahaye, 1881.—Voici un bel et bon livre que nous croyons devoir recommander à nos confrères. Nous estimons qu'ils en retireront de précieux enseignements pour le traitement de cette cruelle affection, que le médecin rencontre tous les jours sur sa route. Nous nous bornons à en donner un compte-rendu très sommaire; un tel ouvrage se lit, mais ne s'analyse pas.

Les trois premières leçons sont exclusivement consacrées à démontrer la curabilité de la phthisie. Ce n'est pas sans motifs que l'auteur s'occupe longuement de ce point. Il est consolant, pour le médecin comme pour le malade, d'entendre un homme, de la valeur de Jaccoud, énoncer la proposition suivante: " *la* " *phtisie pulmonaire est curable à toutes ses périodes;* voilà la " notion féconde qui domine toute l'histoire de la maladie, qui " doit inspirer et diriger incessamment l'action médicale."

L'auteur s'occupe ensuite du traitement prophylactique; après avoir exposé les signes indicateurs de l'opportunité de ce traitement, il montre que le médecin doit tâcher de remplir deux indications principales: la première tirée de la débilité constitutionnelle, la seconde tirée de l'insuffisance pulmonaire. La débilité constitutionnelle sera principalement combattue par le séjour à la campagne, un régime alimentaire approprié, les exercices de gymnastiques, le choix d'une bonne résidence, les voyages sur mer, enfin l'hydrothérapie. Il insiste sur ce dernier moyen, pour lequel on se montre souvent trop timoré chez les sujets prédisposés à la tuberculose.

Afin de remédier à l'insuffisance pulmonaire, M. Jaccoud dit qu'il n'existe que deux moyens: c'est le séjour dans l'atmosphère raréfiée des hauteurs et l'aérothérapie. L'auteur attache une grande importance à ce dernier procédé, pour la réalisation duquel on doit avoir recours soit aux appareils transportables (Waldenbourg), soit, quand on en a à sa disposition, aux bains d'air comprimé. " Je vous recommande avec insis- " tance, dit-il, l'emploi des méthodes aérothérapiques; leur " efficacité est bien propre à faire accepter le léger ennui qui " résulte de l'assujettissement quotidien qu'elles imposent; car " rien ne peut les remplacer comme agents de développement " de l'activité fonctionnelle des poumons. Le médecin qui " néglige l'emploi de cette méthode lorsqu'elle est indiquée " commet une faute qui peut avoir des conséquences graves; " car il rejette ainsi *une des armes les plus puissantes du trai-* " *tement prophylactique*"

Le savant professeur de Paris consacre ensuite quatre leçons

au traitement curatif. Au point de vue hygiénique, il revient encore sur les deux procédés, qu'il a déjà préconisés comme remèdes préventifs ; je veux parler de l'hydrothérapie et de l'aérothérapie. Pour ce dernier, voici ce qu'il en dit: les effets ne sont jamais nuls ; l'effet minimum consiste dans le maintien prolongé des lésions à un état stationnaire ; d'autres fois, on obtient une diminution plus ou moins notable dans l'étendue des lésions ; enfin, dans quelques cas plus heureux encore, on peut constater la disparition totale des lésions et la restitution *ad intergrum* des régions pulmonaires affectées.

Comme médications, M. Jaccoud préconise les ferrugineux, l'huile de foie de morue, la glycérine, l'arsenic, les révulsifs ; dans quelques cas, la créosote, l'alcool, le lait médicamenteux.

Vient ensuite le traitement des complications, telles que la fièvre, les désordres des voies digestives, les hymoptysies.

La neuvième leçon comprend la thérapeutique des deux formes spéciales de tuberculose, que M. Jaccoud nomme la phtisie pneumonique et la granulose miliaire aiguë.

Enfin, dans les dernières leçons, l'auteur expose des aperçus tout à fait nouveaux et des idées très originales sur le traitement thermal et le traitement climatérique. Les opinions personnelles empruntent une importance toute particulière à cette circonstance que M. Jaccoud a voulu s'assurer, par lui-même et de visu, des conditions dans lesquelles se trouvent les principales stations thermales ou climatériques où l'on envoie les tuberculeux. Dr A. MŒLLER.—*Le Scalpel.*

—

L'écorce de murier doit être abandonnée comme tœnifuge.—L'écorce de mûrier jouit de la réputation de tœnifuge depuis Dioscoride ; elle est indiquée depuis des siècles dans toutes les listes des médicaments réputés capables de débarrasser l'intestin du parasite. Tantôt c'est le mûrier blanc qui est préconisé, tantôt c'est le noir ; et la dose à laquelle on doit l'employer est même fixée d'une manière assez précise par certains auteurs, pour qu'on puisse penser que son action est relativement puissante.

Pour se faire, par expérience, une opinion sur sa valeur, un de nos médecins de la marine les plus distingués, M. BÉRENGER-FÉRAUD (de Toulon) vient d'expérimenter cette écorce et voici le résumé de la note qu'il adresse au *Bulletin de Thérapeutique* au sujet de ses essais.

Dans douze expériences, allant depuis 16 grammes d'écorce fraîche provenant d'un arbre jeune et vigoureux, jusqu'à 300 grammes, M. Bérenger-Féraud n'a pas vu se produire une seule

fois une action tœnifuge ; bien plus, le liquide obtenu par l'infusion et la macération de cette énorme dose de 300 grammes de mûrier, n'a engendré absolument aucun effet physiologique appréciable. Et cependant ce médicament avait été préparé sous la surveillance du Dr Porte pharmacien de première classe de la marine, et tour à tour le régime lacté préalable, le purgatif huileux, drastique ou salin avait été mis en œuvre.

D'après ses expériences M. Bérenger-Féraud se croit — avec juste raison selon nous — autorisé à conclure que l'écorce de mûrier blanc ou noir de Toulon n'a aucune action tœnifuge, et comme le mûrier vit en Provence aussi bien et aussi facilement que dans sa contrée d'origine il est bien probable que dans aucun pays cette écorce n'a une propriété anthelmentique plus efficace.—*Le Médecin praticien.*

—

Des avantages du traitement par occlusion dans les dermatoses.—M. le Dr Busquet, de Bordeaux, vient de publier sous ce titre un travail intéressant avec observations à l'appui qu'il termine par les quelques conclusions suivantes :

Nous pouvons donc actuellement, en nous appuyant d'une part sur la physiologie de la peau affirmer l'innocuité du pansement par occlusion, alors même qu'il devrait s'étendre à toute la surface du corps, car il produit une élévation de température alors que la mort, à la suite du vernissage chez les animaux, ne survient que par le refroidissement ; et, en second lieu, les observations que nous avons citées nous permettent encore d'affirmer cliniquement l'excellence de ce mode de traitement.

Dans les dermatoses diathésiques, le pansement par occlusion devra s'accompagner du traitement général.

Le traitement par occlusion rendra de grands services dans les dermatoses aigues ; mais ses résultats seront surtout appréciés dans les dermatoses chroniques, invétérées, et contre lesquelles la plupart des agents thérapeutiques auront déjà échoué.

Les toiles imperméables sont supérieures aux autres modes d'occlusion ; et parmi ces dernières, nous emploierons de préférence le taffetas gommé d'Angleterre recouvert d'une couche d'ouate, et à cause de la chaleur plus considérable dans laquelle il entretient la partie malade, et aussi à cause de sa commodité.

Chez l'enfant, il faudra user de ménagements, ne pas précipiter la guérison, et ne jamais pratiquer l'occlusion de toute la surface du corps, dans les cas de dermatose généralisée.

Nous emploierons le pansement par occlusiou dans la plupart des dermatoses humides, vésiculeuses, pustuleuses, bulleuses, eczéma, impétigo, pemphigus, etc., etc. Nous l'emploierons encore dans les affections cutanées sèches, formées de squames, d'écailles, telles que l'ichthyose, le psoriasis, etc. Enfin, nous l'emploierons dans tous les cas où il sera nécessaire de combattre l'inflammation et le prurit.

—*Le Médecin praticien.*

—

Sur le Sarracenia purpurea et son emploi thérapeutique.—En 1861, Morris et Miles avaient vanté son action dans la variole. Bursh, Taylor, Henderson et Griffith avaient appuyé cette conclusion; mais Marson, Haldone, Goyder et Brown, ayant eu à traiter des cas de variole chez des sujets non vaccinés, ne purent reconaître aucune action. En sorte qu'il faut conclure, avec notre collègue M. Labbé, qu'il n'y a guère à espérer de ce côte.

Il n'en est peut-être pas de même dans la goutte.

M. Foucault, médecin de première classe de la marine, faisant le service à bord des paquebots transatlantiques, entendit parler à New-York de cette plante; il en rapporta et en fit prendre à son père atteint depuis longtemps de goutte chronique; il l'employa ensuite avec succès chez plusieurs autres goutteux, et fit paraître à ce sujet un mémoire dans les *Archives de médecine navale*, t. XXVII, p. 380, 1877.

M. Leroy de Méricourt, qui avait été mis au courant de cette action du sarracenia dans la goutte par son collègue, l'a employé depuis cinq ans dans sa clientèle et se félicite de l'usage de cette plante chez des goutteux avérés.

J'ai, pour mon compte, dit M. Constantin Paul, employé cette plante chez trois malades, dont deux sont atteints de goutte chronique et le troisième de rhumatisme noueux. Les résultats que j'ai obtenus sont encore trop restreints pour que je puisse affirmer rien de positif; mais, une semblable expérience ne pouvant guère être faite par un seul médecin, j'ai cru devoir signaler à mes collègues ce nouveau remède.—*Revue de Thérapeutique medico-chirurgicales.*

—

Ataxie locomotrice.—M. le professeur Pitres a fait à l'hôpital Saint-André de Bordeaux une excellente clinique sur ce sujet. Nous croyons intéressant d'en rapporter les conclusions :

1° La sclérose des cordons postérieurs débute toujours par des troubles de la sensibilité ;

2° Les phénomènes douloureux ont le plus souvent une physionomie spéciale qui permet d'établir un diagnostic précoce (caractère fulgurant, intermittent, irrégulier, etc.) ;

3° Les douleurs peuvent siéger sur différents points du corps (membres et face, viscères, rachis) ;

4° Elles précèdent les troubles moteurs de plusieurs mois ou de plusieurs années.

5° Elles peuvent indéfiniment constituer les seuls symptômes de l'ataxie, qui, dans ces cas, mérite mieux la dénomination de *tabes*.—*Revue de Thérapeutique médico-chirurgicales.*

—

Action du café et du sucre sur la digestion stomacale.—M. LEVEN vient de communiquer à la Société de biologie les résultats des recherches expérimentales, qu'il vient de faire avec notre ami le Dr SÉMERIE, sur l'action du café et du sucre sur la digestion stomacale.

Il a été frappé de la divergence d'opinion des médecins sur l'action du café. Les uns, par exemple, tels que Trousseau et Pidoux, considèrent le café comme un excellent digestif ; d'autres, au contraire, comme étant très-nuisibles à la digestion. Voici comment M. LEVEN a procédé : Il a fait avaler 30 gr. de café en poudre dans 150 gr. d'eau à un chien qui venait de manger 200 gr. de viande. L'animal est sacrifié trois heures après. On trouve la muqueuse de l'estomac pâle, décolorée, profondément anémiée. Les vaisseaux de la surface interne, aussi bien que ceux de la périphérie de l'estomac, sont contractées. 145 gr. de viandes restent non digérées. *Donc, le café ralentit* la digestion stomacale. Cela, parce que la contraction des vaisseaux et l'anémie consécutive de la muqueuse, entravent la secrétion du suc gastrique. L'abus du café produira la dyspepsie. Ainsi les Anglais, les Hollandais, qui prennent du café, du thé, à hautes doses, sont fréquemment dyspeptiques. La répétition fréquente de l'anémie stomacale entraîne un effet contraire : la *congestion*, état physiologique indispensable à la dyspepsie, d'après M. Leven.

Le café suractive les fonctions cérébrales. Il a un effet général utile, agréable, et un effet local nuisible.

Le *sucre* a été très-incriminé par les médecins chimistes. Pour eux, le sucre est une substance dont les effets sont déplorables pour les dyspeptiques, M. Leven ne partage pas ces craintes, il cite le cas d'un de ses amis, médecin, qui, dyspep-

tique depuis deux ans, avait une véritable terreur du sucre, et qui, aujourd'hui, mange jusqu'à 120 gr. de sucre par jour sans être incommodé. L'auteur a suivi là la même méthode expérimentale que pour le café. Un chien prend 80 gr. de sucre blanc après un repas de 200 gr. de viande. Sacrifié six heures après, son estomac renferme *à peine* de viande. La muqueuse gastrique est rouge, vivement congestionnée. La congestion du foie est notable. Si on ouvre un animal qui a pris 200 gr. de viande et pas de sucre, on retrouve dans son estomac de 90 à 100 grammes de viande. Le *sucre favorise donc la sécrétion du suc gastrique.* Le café sucré perd une partie de ses défauts. Il ne faut pas prendre de café non sucré.—*Le Médecin praticien.*

—

Traitement du rhumatisme articulaire aigu par le benzoate de soude.—Trouvant une assez grande analogie entre la composition chimique de l'acide benzoïque et celle de l'acide salicylique, le docteur David Macewan a pensé que le benzoate de soude pourrait avoir quelques-unes des propriétés thérapeutiques du salicylate de soude ; et il l'a expérimenté dans le traitement du rhumatisme articulaire aigu. Les résultats obtenus sont ont ne peut plus satisfaisants. L'administration de 1 gr. à 1 gr. 30 cent. de benzoate de soude toutes les trois heures amène en deux ou trois jours la diminution de la douleur et la délitescence de la fièvre, comme le démontrent les observations publiées par le docteur Macewan dans le *British Medical Journal.* Ainsi voyons-nous que chez une malade qui avait les épaules, les coudes, les genoux et les hanches prises avec une température de 38°,0 et un pouls à 120, une dose d'un gramme de benzoate de soude toutes les trois heures faisait dès le lendemain tomber la température à 38°,3 et le pouls à 108. Le troisième jour, le pouls était à 96° et la température à 37°,2. Le quatrième, le pouls était à 71 et la température à 37°, et le cinquième jour la malade était complètement guérie ; elle n'avait plus ni douleurs ni fièvre.

Les autres observations du docteur Macewan sont tout aussi concluantes, et la moyenne de la durée du traitement n'a pas chez ses malades dépassé 4 à 5 jours.

C'est donc à bon droit qu'il peut donner l'acide benzoïque et ses composés comme les succédanés des préparations faites avec l'acide salicylique.—*Revue de Thérapeu. Méd.-Chirur.*

Injections hypodermiques d'ergotine pour calmer la toux.—Jas Allan dans le *British Medical Journal* donne la note suivante: L'ergotine en injections hypodermiques à la dose de 5 à 15 centigr. est un agent d'une grande puissance pour atténuer les quintes de toux dans les diverses affections des poumons et diminuer les crachats. Au lieu de provoquer, comme certains médicaments, un trouble général hors de proportion avec les bons effets qu'ils peuvent produire, l'ergotine ne détermine aucune incommodité. Cependant l'injection éveille une irritation locale; administrée sous la peau, elle peut provoquer un abcès: il vaudrait mieux l'enfoncer profondément dans un muscle, le deltoïde, par exemple. Les effets sédatifs persistent pendant un jour ou deux. Dans les quintes de toux fatiguantes des phthisiques avancés suivies assez souvent d'hémoptysies parfois mortelles, l'ergotine est indiquée à tous les points de vue. L'ergotine administrée à l'intérieur, à doses faibles ou fortes, ne semble pas donner les mêmes résultats.—*Revue de Thérapeutique Médico-Chirurgicale.*

PATHOLOGIE ET CLINIQUE CHIRURGICALES.

Des abcès de la marge de l'anus;—Symptomatologie et traitement.

Les abcès profonds de la marge de l'anus peuvent avoir des origines très-différentes. Il y a les abcès stercoraux qui sont la conséquence de quelque affection chronique du rectum, cancer, rétrécissement, etc.; il y a les abcès urineux qui se forment à la suite de lésions de l'urèthre, de la prostate ou de la vessie; enfin, il y a les abcès ossifluents qui tiennent à quelque altération des os du bassin ou de la colonne vertébrale.

Mais, en dehors de ces abcès symptomatiques, il en est d'autres encore dont l'origine est toute locale, et c'est de ceux-là que je veux parler aujourd'hui, et principalement des abcès du pourtour de l'anus. On les divise en deux grandes classes: 1° les abcès superficiels, et 2° les abcès profonds. Enfin on peut aussi rencontrer dans la peau de la même région, de petits abcès comme des clous, des abcès tubéreux, sous-dermiques qui ont souvent pour point de départ une petite glande. Ces petits clous forment une classe à part, ils ne sont jamais suivis ni de fistule ni de décollement de la peau. Ils restent intra-dermiques ou sous-dermiques.

1° Les abcès superficiels se développent dans le tissu cellulaire sous-cutané ; ils sont très-fréquents et sont souvent le résultat de la présence des hémorrhoïdes, ou de quelque écorchure, de quelque petite excoriation. Ils sont caractérisés par une tuméfaction superficielle, circonscrite, suppurant plus ou moins vite, leur fluctuation est facile à percevoir ; ils ont une grande tendance à décoller la peau du pourtour de l'anus et à s'étendre vers la muqueuse et vers ses valvules internes, à l'union de la peau et de la muqueuse rectale. C'est là en effet que l'on rencontre le plus souvent les fistules consécutives à ces abcès.

Quelquefois le point de départ est l'inflammation de ces valvules, une lymphangite de voisinage auxquelles succèdent abcès, décollement et fistule.

2° Les abcès profonds, comme chez le malade qui est le sujet de cette leçon, ou péri-anaux proprement dits, sont ceux qui peuvent s'ouvrir sur la muqueuse rectale dans un trajet limité par les sphincters. L'anus n'est pas un simple anneau, il doit être considéré comme un cylindre d'une hauteur de 4 à 5 centimètres, limité par les deux sphincters interne et externe. C'est autour de ce cylindre que se montrent les abcès péri-anaux.

Ces abcès peuvent être plus ou moins considérables et s'étendre en arrière jusqu'au coccyx, en avant jusqu'au périnée, et latéralement jusqu'aux tubérosités et latéralement jusqu'aux tubérosités ischiatiques, remplissant alors les fosses ischio-rectales. Leur volume est variable.

Ils ont souvent un début insidieux, lent, pouvant mettre des jours et même des semaines à se montrer. Chez notre maladie, il a débuté un mois après le traumatisme qui en a été la cause —un coup assez violent—il a débuté par une sorte d'induration, et ce n'est que plus tard que celle-ci s'est accompagnée de douleurs lancinantes. Les choses ont ainsi duré pendant plusieurs semaines sans changement de coloration de la peau, sans œdème, ni inflammation. La région malade était dure et résistante, ce qui distingue ces abcès profonds des abcès superficiels. La fluctuation était difficile à trouver. Cependant la douleur aiguë déterminée par la pression dans un point circonscrit nous a permis de reconnaître la présence du pus.

Cette induration persistante tient à la nature des tissus ou l'abcès s'est développé, tissu cellulo-graisseux que recouvre une trame fibreuse qui forme une sorte de cuirasse protectrice de la peau. C'est à cette trame même que ces abcès doivent de se développer plus facilement dans les parties profondes, de fuser en profondeur, et la résistance qu'elle présente est une

cause de décollement et de fusées purulentes dans une direction déterminée à l'avance, c'est-à-dire soit en avant du côté du périnée, soit sur les côtés de l'anus vers la face externe du sphincter d'où l'abcès peut s'ouvrir dans l'anus, soit enfin, ce qui est beaucoup plus rare, en arrière et en dehors sur le bord inférieur du grand fessier vers la tubérosité ischiatique.

Les abcès profonds s'accompagnent de difficultés pour le malade à rester assis ou à marcher, de gêne et de douleurs dans la défécation ; les contractions de l'anus et du rectum sont douloureuses ainsi que la miction ; les efforts de toux, si le malade a quelque affection pulmonaire, provoquent aussi de vives douleurs.

Quant aux phénoménes généraux, ils sont les mêmes que dans toute affection inflammatoire.

Les causes sont de plusieurs ordres. Ce peut être la constipation donnant lieu à des déchirures ou à de petites érosions de la muqueuse anale et à une lymphangite consécutive. Les hémorrhoïdes sont aussi une des causes les plus fréquentes, par leur dilatation ampullaire, qui devient assez facilement le siége d'une thrombose, d'une coagulation sanguine, et la dégénérescence du caillot est souvent le point de départ d'une périphlébite et d'un abcès superficiel ou profond, selon que l'hémorrhoïde elle-même est superficielle ou profonde.

Enfin il y a encore une cause très-importante, c'est la tuberculisation pulmonaire qui est admise aujourd'hui par la plupart des chirurgiens.Ces abcès chez les tuberculeux sont fréquents ; quelques fois ils accompagnent les ulcérations de la muqueuse du rectum et font suite à la diarrhée des tuberculeux. Chez d'autres, l'abcès survient sans ulcérations intestinales préalables, alors même que la tuberculisation pulmonaire ne s'est pas encore manifestée d'une façon apparente, l'abcès précède, dans ces cas, les signes de la tuberculose. C'est ainsi que j'ai soigné un étudiant en médecine pour un abcès du périnée, dont l'apparition avait précédé de peu les premières manifestations de la tuberculisation pulmonaire. L'examen histolopique de ces abcès n'a pas encore été fait, mais tous les faits cliniques démontrent avec la plus grande évidence que dans ce cas on a affaire à des abcès tuberculeux.

La maladie peut se terminer soit par résolution, soit par fistule.

Dans le premier cas, il reste pendant longtemps un noyau induré, qui le plus souveut redevient le siége d'une nouvelle inflammation. On doit savoir, en effet, que ces abcès sont sujets à récidiver deux ou trois fois ainsi jusqu'à suppuration.

Le pus de ces abcès affecte une odeur fétide, particulière,

fécale; aussi avait-on cru longtemps qu'il existait quelque ulcération ou quelque perforation de la muqueuse anale qui permettait le passage des liquides ou des gaz intestinaux dans le foyer purulent. Mais aujourd'hui l'on sait que cette odeur peut exister sans perforation ni communication de l'abcès avec le tube intestinal, on a parlé alors de phénomènes d'endosmose, de filtration à travers les parois. La vérité est qu'il est fort difficile de se prononcer encore sur cette question.

La terminaison par fistule est très-fréquente, en raison même de la disposition de la région envahie par l'abcès, l'inflammation entraînant une perte de substance; les parois rapprochées éprouvent de grandes difficultés à rester accolées, d'autant plus que les contractions de l'anus et du rectum amènent forcément des déplacements continus.

Le décollement de la peau prédispose aussi à la formation de trajet fistuleux à la suite des abcès superficiels, car la peau dans ce cas est amincie, violacée, altérée et, au moindre travail ulcératif, il se fait de petites perforations autour du point que l'on a incisé.

Les abcès de la marge de l'anus sont très-importants à reconnaître de bonne heure pour éviter leur extension. L'induration, la tuméfaction, une douleur aiguë à la pression, enfin une fluctuation profonde seront les signes auxquels on les reconnaîtra facilement.

Le traitement se déduit du diagnostic même de la maladie, et le point où la douleur est le plus aiguë est celui où l'on devra opérer avec le bistouri quand même la tumeur ne serait pas encore fluctuante. Il est urgent d'opérer de bonne heure, de ponctionner ou d'inciser la tumeur même avant toute fluctuation.

Lorsque l'on perçoit nettement la fluctuation, il faut inciser largement suivant le sens antéro-postérieur: mais comme une seule incision ne suffit pas toujours, il est utile d'en pratiquer une seconde qui, partant du point le plus saillant de la tumeur, se dirige vers l'anus et forme ainsi avec la première un véritable T. De plus, si la peau est décollée, on la fend avec des ciseaux dans la direction de son décollement.

Ceci dit, il me reste à vous résumer en quelques mots l'histoire du malade qui a été l'occasion de cette leçon. C'est un garçon boulanger âgé de 27 ans, qui jouissait ordinairement d'une bonne santé, un peu pâle,—la pâleur anémique des boulangers.—Comme antécédents, nous ne trouvons qu'une blennorrhagie, il y a un peu plus d'un an, qui a très-bien guéri sans laisser après elle aucun rétrécissement du canal de l'urèthre. Cet homme a fait une chute violente sur la région périnéale,

cinq semaines environ avant son entrée à l'hôpital, et ce n'est qu'un mois après cette contusion, qu'il a senti une sorte d'empâtement douloureux, à fluctuation douteuse, au niveau de la marge de l'anus. Nous l'avons incisé néanmoins le jour même de son entrée, et cette petite opération a donné issue à un pus phlegmoneux, sans aucune odeur particulière, d'une coloration un peu foncée par le sang épanché à la suite de la contusion. L'incision ayant été reconnue un peu trop petite pour évacuer complétement la poche purulente, je l'ai agrandie avec les ciseaux. La douleur a presque aussitôt disparu. Il y a aujourd'hui trois semaines que l'opération a été faite, aucun accident n'est survenu; la plaie bourgeonne convenablement et tout annonce une guérison complète et prochaine.—*Le Praticien.*

—

Traitement chirurgical de l'anthrax. LA SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.—La séance tout entière a été consacrée à cette question et les opinions les plus opposées se sont fait jour; nous ne ferons donc pas un compte-rendu proprement dit, nous extrairons seulement des diverses communirations ce qui peut intéresser le praticien.

M. *Labbé* fait observer que chaque chirurgien a sa manière de traiter les anthrax et en a obtenu des succès: les uns n'y touchent pas, se contentent d'applications émollientes. La plupart incisent sur ou sous la peau. En réalité, tout le monde peut avoir raison, cela dépend des cas. Cliniquement, il y a diverses sortes d'anthrax. Il y en a auxquels il ne faut pas toucher, ainsi que le recommande M. Tillaux; d'autres, qu'on peut traiter par l'incision cruciale ou par le procédé de M. A. Guérin (incision sous-cutanée), d'autres enfin qu'il convient d'enlever comme s'il s'agissait d'une tumeur. Prenons pour exemple l'anthrax de la nuque. Si l'on voit au début une tumeur munie d'un grand nombre de petites ouvertures par lesquelles la moindre pression fait sourdre du pus, on peut être sûr qu'un pareil anthrax guérira par tous les moyens.

A côté de cette variété, s'en présente une autre un peu plus grave, où il est nécessaire, pour obtenir l'évacuation du pus, de détruire par incision les petites brides qui séparent les foyers les uns des autres: ces anthrax-là peuvent être traités par la méthode sous-cutanée de A. Guérin.

D'autres anthrax ont une dûreté considérable, ils peuvent être traités par des incisions multipliées dépassant bien la limite du mal et que l'on badigeonne avec de la teinture d'iode étendue, ainsi que le conseille M. Boinet.

Enfin, il est un certain nombre d'*anthrax ligneux* extrêmement durs, où les bourbillons sont séparés par des intervalles de 4 ou 5 centimètres de tissu pour ainsi dire lignifié. Il est impossible, dans certains cas, que le malade suffise à l'élimination d'une pareille masse, elle doit être extirpée. L'ablation, conseillée déjà par M. Broca, sauve un certain nombre de malades qui, sans elle, succomberaient infailliblement. Un jour je suis appelé auprès d'un vieux médecin de Paris, atteint d'un anthrax qui avait déjà subi plusieurs incisions sans qu'on fût arrivé à rien faire sortir. Il était absolument mourant, la tumeur était énorme, j'arrivai jusque sur les muscles du cou et coupai plusieurs filets nerveux qui produisirent une insensibilité limitée à ce côté de la tête. Aussitôt après l'extirpation, la fièvre tomba, et notre vieux confrère se rétablit.

M. *Desprès* pense, avec les vieux chirurgiens, que les anthrax qui guérissent après les incisions eussent aussi bien guéri si l'on n'en eût pas fait. Voici à cet égard sa statistique : sur 8 anthrax gros comme la main, il n'y a eu que 2 décès, et encore chez des diabétiques. Si l'on incise l'on augmente la mortalité de la gravité propre aux incisions, il peut se produire des phlébites, et très-souvent des hémorrhagies rebelles, c'est même pour les arrêter et non-seulement afin de produire un effet révulsif, que l'on conseille de cautériser le fond des incisions avec un fer rouge.

M. *Trélat* pense aussi que les divers anthrax réclament une thérapeutique variable, le difficile, c'est de reconnaître les indications ; il rend justice à l'incision sous-cutanée de M. A. Guérin, que les Allemands se sont contentés de modifier légèrement.

M. *Tillaux*. Il y a un certain nombre d'anthrax, à la nuque surtout, où les incisions hâtives ne servent à rien. Certains de ces anthrax ont une marche pour ainsi dire fatale, ils vont d'une oreille à l'autre, et de la protubérance occipitale à la septième vertèbre cervicale. Cependant l'incision est utile à une certaine période; alors que l'on sent nettement la fluctuation, on doit inciser si le foyer purulent ne se vide pas bien.

M. *Labbé* fait observer que Nélaton incisait quand même vers la fin de sa pratique, il ne faut donc pas le représenter comme un partisan de l'abstention absolue.

M. *Anger* rappelle que l'incision en croix de Nélaton était complétée par la dissection des lambeaux jusqu'à ce que ceux-ci fussent mobiles sur les parties profondes.

M. *Marjolin* insiste sur la nécessité de faire de grandes incisions et de bien dépasser les limites de la tumeur.

M. *Verneuil*. Sur 100 anthrax, il y en a environ 80 qu'il

faut laisser tranquilles. Il y a deux indications pour intervenir : 1o si l'anthrax est douloureux ; 2o s'il ne se limite pas lui-même. On ne sauve d'anthrax chez les diabétiques que lorsqu'on les débride, parce que ces anthrax ne se limitent pas d'eux-mêmes. Le thermo-crutère est l'instrument à employer de préférence. Voici un fait entre beaucoup d'autres: Un jeune homme fonctionnaire de la Faculté vient un jour à la Pitié et s'adresse à M. Pozzi pour son père, qui, diabétique au plus haut degré, était atteint d'un anthrax. L'état du malade était si grave qu'il ne reconnut même pas son fils. Le thermo-cautère fut employé pour faire de nombreux débridements ; immédiatement, les phénomènes généraux s'amendèrent et le malade revint à la vie.

Il ne faut pas croire que cette opération soit rapidement effectuée, bien au contraire ; il faut au moins 20 minutes pour pratiquer l'incision circulaire et les incisions transversales en rayons au nombre de 6 à 10 tout autour de l'incision circulaire. J'ai vu les vomissements cesser et la fièvre tomber immédiatement après ; l'effet de la cautérisation ainsi faite est réellement extraordinaire. Il est bien entendu qu'on emploie en même temps le pansement antiseptique, les pulvérisations phéniquées, etc.....

M. *Boinet.* J'ai toujours réussi dans le traitement des anthrax volumineux en faisant des incisions en étoile à 7 ou 8 branches dans toute l'étendue de la tumeur et de la zone voisine. Puis je met des flèches de pâte de Canquoin et, le deuxième ou le troisième jour, les flèches étant enlevées, je panse avec de la charpie imbibée de teinture d'iode étendue de son volume d'eau. Les lambeaux de tissu cellulaire gangrené ne tardent pas à tomber et la guérison à s'effectuer. J'ai obtenu ainsi des succès constants chez des diabétiques rendant de 40 à 84 gr. de sucre.—*Le Praticien.*

—

Ulcères chroniques, *bons effets des scarificalions linéaires ;* par BALMANO SQUIRE.—Peu de personnes savent que la guérison des ulcères les plus invétérés (d'une espèce au moins) est rapidement et sûrement obtenue à l'aide des scarifications linéaires. Ce mode de traitement, que j'ai fait connaître dans ce journal, il y a quelques années, comme applicable au lupus ordinaire non ulcéré, a été assez généralement adopté, pour cette affection, en Angleterre et à l'étranger ; mais on ignore encore qu'un ulcère à granulations volumineuses baignées de pus, peut, avec le plus graud avantage, être hardiment attaqué par cette méthode.

Une expérience répétée me permet de proclamer avec confiance le bénéfice qui en résulte pour les ulcères qui constituent l'évolution ultime de la maladie connue sous le nom de *Lupus vulgaris*. Je crois que la guérison rapide de ces interminables ulcères lupeux à l'aide de ce procédé, est due à l'action profonde du *stimulus*,—profondeur d'action exigée par le siège relativement profond de la lésion. On sait, en effet, que les solutions et les quasi-caustiques (tels que le nitrate d'argent solide) qui n'attaquent directement ou même indirectement que les surfaces, ne donnent jamais de résultat rapide et convenable. Il y a d'autres ulcères chroniques semblables à ceux du lupus, au moins en ce sens que leurs granulations prennent des racines également profondes dans le derme. Je n'ai pas eu l'occasion de traiter ces variétés d'ulcère chronique les plus connues, depuis qu'on a cessé de les considérer comme des maladies de la peau. Cependant mon expérience, autant que j'ai pu l'étendre, me porte à croire que les ulcères chroniques peuvent retirer le plus grand bénéfice du moyen que j'indique. L'instrument que j'emploie depuis longtemps est un scarificateur multiple, construit pour moi par MM. Weiss & Son, et dont le modèle est connu de tous ceux qui s'occupent spécialement du traitement des maladies de la peau. Grâce à lui, la petite opération peut toujours être rapidement exécutée. —*Brit. méd. journ.* et *Union méd.*

—

Moyen de rendre les applications de cautère insensibles.—Les applications de cautère au moyen de la potasse caustique s'accompagnent parfois de douleurs excessivement vives. Pour les éviter, M. le professeur Peter a recours à des pulvérisations d'éther pratiquées sur le point où l'application doit être faite. Cette pulvérisation peut être faite avec le premier appareil venu, avec ceux si simples et d'un si minime prix, dont on se sert pour répande des eaux parfumées dans les appartements.

L'insensibilité obtenue est suffisante pour que le malade n'éprouve aucune souffrance pendant toute la durée de l'action du caustique.—*Revue de Thérapeutique médico-chirurgicale.*

OBSTÉTRIQUE ET GYNÉCOLOGIE.

De l'éclampsie puerpérale, par le Dr JAMES MURPHY. —Les attaques convulsives pendant la grossesse ou l'accouchement, écrit notre confrère dans *The Lancet*, peuvent être dues à l'hystérie, l'épilepsie, l'apoplexie, l'anémie (après hémorrhagie profuse), la cholémie et d'autres causes; le plus souvent, cependant, dans ces cas de convulsions, l'urine contenait de l'albumine; cela est tellement vrai, qu'en pratique, lorsqu'après examen soigneux, on ne trouve pas d'albumine dans l'urine, on regarde le cas comme n'étant pas l'éclampsie puerpérale, dans l'acception propre du mot.

Sur 131 femmes examinées par Litzman, 38 avaient de l'albumine dans l'urine et 7 eurent des attaques; parmi ces dernières, un grand nombre rendaient des urines où l'on ne rencontrait pas tous les élément normaux de ce liquide: ainsi l'urée qui se trouvait alors dans le sang en quantité trop considérable jusqu'à 1 pour 960.

Elles souffrent souvent de troubles visuels et l'excitabilité particulière du système nerveux les prédispose à l'éclampsie puerpérale.

Proportion d'après

Schrœder, 1 pour 500 accouchements.

Cazeaux, 1 pour 485 "

Lever considère comme cause de l'albuminurie, la pression exercée par l'utérus sur le rein et ses vaisseaux; de là, congestion.

Halbertsma dit que la compression porte sur les artères.

Ces deux théories paraissent vraisemblables à cause de la rapidité avec laquelle elle disparaît après l'accouchement.

L'auteur admet la théorie de Frerichs, partagée par Braun; c'est-à-dire la décomposition de l'urée en carbonate d'ammoniaque produisant les attaques convulsives: le chloroforme diminuerait les convulsions, parce que après son administration, il y a du sucre dans le sang, et que le sucre gêne la décomposition de l'urée en acétate d'ammoniaque. C'est la théorie chimique. La théorie mécanique de Traube et Rosenstein lui semble aussi très-rationnelle. L'appauvrissement du sang par la perte de l'albumine (hydrémie) et l'hypertrophie du ventricule gauche qui augmente la pression sanguine; de là œdème du cerveau, qui se manifeste par du coma quand c'est le cerebrun (circonvolution) qui est œdémateux, et par des convulsions, quand ce sont les parties centrales.

La pression, en effet, est encore augmentée à chaque douleur par les efforts de la femme, le sang se charge d'acide carbonique parce que la femme ne respire plus bien pendant les maux, et parce que tous les muscles sont en état de contraction. Ce sont, du reste, des théories qui ne sont nullement prouvées.

Traitement préventif à établir chez les femmes albuminuriques. — Diète lacté, légumes, pas de viandes. — Acide benzoïque.—Jus de citron pour neutraliser le carbonate d'ammoniaque.

Quand l'exudation commence dans les tubes de Bellini, absorber beaucoup de liquides ; quand l'urine est trouble, eau de Vichy ou de Seltz.—Pilules de tannin ou d'aloès.

Le colchique, le perchlorure de fer et le jalap sont aussi utiles.

Il ne faut faire l'accouchement prématuré que dans les cas les plus graves.

Traitement des attaques d'éclampsie. — 1° *Médical.* — Empêcher la femme de tomber du lit sans cependant arrêter ses mouvement ; prévenir la morsure de la langue.

Chloroforme, ou injection de morphine, ou lavement de chloral.

La saignée produit une amélioration passagère, mais bientôt la quantité de sang redevient la même, seulement le sang est plus aqueux que précédemment. Les déplétions sanguines à la région du rein ont rendu service à l'auteur. Si les narcotiques ont échoué, y a-t-il quelque chose à faire ? Le Dr Lange rapporte le cas suivant :

" Une secondipare fut admise a la clinique d'Heidelberg avec œdème, albuminurie et éclampsie, elle fut délivrée par le forceps ; la saignée, la glace, les lavements de morphine, le chloroforme n'avaient rien fait. Après 22 accès, on fit la transfusion du sang, la femme guérit. "

2° *Obstétrical.*— Dans l'intérêt de l'enfant, il faut appliquer le forceps, si la tête est engagée. Si les attaques semblent produites par la pression de la tête de l'enfant, il faut recourir à la version ou au forceps, quoique ces deux manœuvres augmentent encore momentanément les accès.–*Le Médecin praticien.*

—

Nouvelle application de l'électricité aux accouchements.—Le Dr Apostoli, poursuivant le cours de ses intéressantes études d'électricité, lit un mémoire sur le sujet précédemment énoncé, que nous pouvons résumer ainsi :

" Toute métrite ou engorgement utérin a pour facteur initial presque constant un arrêt d'involution de l'utérus; je propose, comme moyen prophylactique de cette affection si commune à la suite de couche, le nouveau moyen thérapeutique suivant, que je formule ainsi :

Etant donnée une femme qui vient d'être délivrée d'un enfant à terme ou non, j'applique imédiatemment et séance tenante à son utérus un courant faradique ou induit engendré par une bobine à fil gros et court, et à intensité progressivement croissante; je renouvelle cette opération de huit à dix fois pendant six jours en moyenne, après un accouchement à terme et normal; quinze à vingt fois en moyenne pendant dix à quinze jours après une fausse couche, ou un accouchement laborieux.—J'ai pour but d'aider, de hâter et de compléter l'involution utérine, pour abréger la convalescence et prévenir toutes les complications qui résultent de son arrêt ou de sa lenteur.

L'étude de 32 cas observés depuis deux ans, parmi lesquels 11 fausses couches et 21 accouchements à terme, pour lesquels j'ai fait au total 500 électrisations de l'utérus à l'état de gravidité et de puerpéralité, me permet de tirer les conclusions suivantes :

1° La faradisation de l'utérus est toujours absolument inoffensive;

2° La faradisation est un calmant et un sédatif constant;

3° La faradisation abrège considérablement la convalescence en accélérant l'involution ou le retrait de l'utérus, que l'on ne sent plus au-dessus du pubis, par le palper profond, du sixième au huitième jour en général;

4° La faradisation accélère le retour et l'exercice régulier de toutes les fonctions;

5° La faradisation préserve la femme de toutes les complications utérines qui sont le fait de l'accouchement;

6° La faradisation est le vrai traitement préventif des déviations utérines, suites de couches, comme la rétroflexion ou la rétroversion;

7° La faradisation m'a paru diminuer l'écoulement lochial;

8° Etant donnée la même dose de faradisation, la contractilité utérine est très variable et est en raison inverse de son inertie;

9° L'action de la faradisation sur l'utérus comparée à celle du seigle ergoté est manifestement plus prompte et plus énergique.

En résumé, je propose l'introduction dans la thérapeutique obstététricale de la faradisation utérine après tout accouchement: 1° parce que c'est une merveilleuse méthode par son

application simple, son dosage facile, son action rapide et énergique, toujours inoffensive, qu'on peut interrompre et renouveler à volonté ; 2° parce que son but immédiat est de restaurer la femme le plus promptement possible ; et son but éloigné, de prévenir toute complication utérine ultérieure."—*Revue de Thérapeutique Médico-Chirurgicale.*

—

Traitement de l'hémorrhargie " postpartum. "— Voici, d'après un long travail publié dans la *Revue des maladies des femmes*, le résumé du traitement rationnel préconisé par le Dr Engelmann :

A.— *Taitement préventif après l'établissement du travail.*— 1. Sérieuse attention à chaque détail et stricte application des règles de l'obstétrique dans chaque cas de travail.

2. Admisnistration d'une dose complète d'ergot lorsque la tête franchit l'orifice vaginal.

3. Si l'hémorrhagie menace, suivre le fond de l'utérus avec la main fortement appliquée.

4. Extraire le placenta par la méthode de Crédé, et étreindre fortement avec la main le fond de l'utérus.

B.—*Traitement de l'émorrhagie déclarée.*—1. Manipulation externe, pression et friction avec la main froide ou avec de la glace.

2. Ergot.—Le mieux en injections sous-cutanées, une ou deux bonnes doses, tandis qu'on augmente les manipulations.

3. Indroduction de la main dans le vagin, et, si les contractions ne se produisent pas, aller jusque dans l'utérus ; extraction des caillots et irritation de la surface interne afin de stimuler les contractions.

4. Administration sous-cutanée d'éther.

5. Glace ou vinaigre avec la main dans la cavité utérine ; on peut essayer ce moyen ; mais s'il ne réussit pas, ne pas persister.

6. La douche d'eau chaude qui, si elle ne provoque pas la contraction désirée, stimulera au moins la malade et nettoiera la cavité utérine : de sorte qu'elle offrira ainsi un remède sans danger et très efficace.

7. Le perchlorure de fer.—On peut en faire usage alors que l'introduction de la main et l'injection sous-cutanée d'éther auront échoué ou après l'essai de la douche d'eau chaude ; mais dans les cas désespérés on doit y avoir recours de suite sans perdre de temps à tenter les autres moyens moins puissants.— *Revue de Thérapeutique Médico-Ghirurgicale.*

NOTES DE THÉRAPEUTIQUE.

La noix de coco contre le tænia.—Dans les Antilles, la noix de coco est le remède populaire contre le tænia, et son efficacité a été démontrée par le Dr MARTIALI, chef du service médicel au Sénégal. Une noix de coco (*coco crucifera*) du poids de 5 onces est ouverte ; l'amande est extraite, râpée, et, trois heures après son administration, on donne une dose d'huile de ricin. Le ver sort cinq à six heures après la prise de la noix de coco. Dans neuf cas, où ce remède fut administré, le résultat fut complet.—*Revue de Thérapeutique médico-chirurgicales.*

—

Traitement de l'atonie gastro-intestinale, du tympanisme et de la dyspepsie flatulente. — Voici les moyens recommandés par G. SÉE, de sa récente monographie :

1° Substances absorbantes, craie ou phosphate calcaire avec une poudre amère comme le colombo, selon la formule suivante

Craie lavée	aa	ʒ i
Magnésie calcinée		
Poudre de colombo		ʒ ss
Poudre de vanille		gr. xv

A prendre une demi-cuillerée à café avant chaque repas.

2° Purgatif salin de temps à autre.

3° Teinture de noix vomique, 5 à 10 gouttes à prendre dans une cuillerée de café noir ou de liqueur, à la fin du repas, ou bien, 0,20 centigrammes de Calabar.

Ou bien :

Vin de gentiane	ʒ ix
Vin de rhubarbe	ʒ iij
Alcoolot de racides d'aconit	℈ ij
Essence d'anis	gr. xv

Une grande cullerée à la fin du repas.

4° L'arsenic sous forme de gouttes de Fowler (6 à chaque repas) réussit parfois.

5° Douches sulfureuses chaudes, plus tard l'hydrothérapie.

6° Saison thermale à Plombières.

7° L'électricité constitue un des plus puissants moyens de l'atonie, soit en tant que faradisation des téguments de l'épigastre, soit comme courants continus ; on applique le pôle anode sur l'épigastre, l'autre sur la colonne vertébrale.—*Revue de Thérapeutique médico-chirurgicales.*

Solution contre l'asthme. — (Trousseau).

Eau distillée	ʒ iij
Arséniate de soude	gr. j
Teinture de cochenille	20 gtt.

M.

Une cuiller de café avant chaque repas soit 2 milligr. 12 d'arséniate sodique.

—

Liniment contre le sciatique. — (Yzeta).

Huile d'olives	ʒ viij
Essence de térébenth	ʒ ij
Ammoniaque liquide	ʒ j
Teint. de catharides	ʒ iv

M. S. A.

—

Potion contre la fièvre typhoide. — (Murchison).

Acide chlorhydrique	14 à 20 gtt.
Sulfate de quinine	gr. ij à iij
Infusion de digitale	ʒ ss
Teinture d'oranges amères	ʒ ss
Sirop simple	ʒ ss
Eau	40 gr.

M. S. A.

Pour une dose tous les quatre heures.

—

Iodure d'éthyle et pilocarpine dans l'asthme.—Le Dr Brower a employé avec succès l'iodure d'éthyle après avoir vu échouer tous les médicaments. Le patient était un enfant de 15 ans, qui avait hérité de cette affection nerveuse. La dose employée fut de six gouttes. Le médicament diminua les paroxysmes et augmenta l'intervalle entre leur apparition. Le Dr Burkhart trouve que la pilocarpine donne d'heureux résultats dans les cas d'asthme compliquée de bronchite chronique.—*Revue de Thérapeutique Médico Chirurgicale.*

L'UNION MEDICALE DU CANADA

MONTREAL, JUIN 1881.

Comité de Rédaction :

MESSIEURS LES DOCTEURS E. P. LACHAPELLE, A. LAMARCHE ET S. LACHAPELLE.

Assemblée semi-annuelle du Bureau des Gouverneurs du Collége des Médecins et Chirurgiens de la Province de Québec.

L'assemblée semi-annuelle du Bureau des Gouverneurs a eu lieu le 11 mai, à Montréal, dans les salles de la Faculté de Médecine de l'Université-Laval.

M. le Dr Howard, président, au fauteuil.

Les Gouverneurs suivants étaient présents : Le Dr R. P. Howard, Président ; MM. les Drs E. H. Trudel, F. W. Campbell, E. P. Lachapelle, X. Perrault, R. F. Rinfret, C. Rinfret, Lanctot, Robillard, Marsden, Austin, Church, Mignault, Lafontaine, Gibson, Laberge, Rousseau, Kennedy, Belleau, Ladouceur, Rodgers, de Saint-George, Lemieux, Marmette, Desaulniers, Hingston et Prévost.

Le Secrétaire fait lecture d'une lettre du Secrétaire du Collége Bishop, par laquelle il informe le Bureau, que le Dr David est forcé par l'état de sa santé de résigner sa charge de gouverneur et que le Dr Kennedy a été choisi par cette institution pour la représenter au Bureau.

Proposé par l'Hon. C. Church, secondé par le Dr Marsden, que le Bureau regrette la cause qui force le Dr David à résigner et que tous les membres de ce Bureau, ses anciens collègues, lui présentent leurs sympathies et leurs vœux les plus sincères.—Adopté à l'unanimité.

Le Dr Kennedy est présenté par le Dr J. B. Gibson.

Après lecture du rapport des assesseurs, le Dr Marden attire l'attention sur le fait que le règlement qui limite à trois jours le temps de service des assesseurs est en contradiction avec la loi et donne avis de motion à l'effet d'amender ce règlement.

On donne lecture d'un protêt par lequel l'Ecole Victoria s'oppose à ce que le Bureau accorde la Licence aux gradués de la Faculté de Médecine de l'Université-Laval à Montréal. Après une discussion animée, il est décidé que le Collége continuera, comme par le passé, à accorder la licence aux gradués des quatre institutions mentionnées dans l'acte médical, jusqu'à ceque les cours de justice aient décidé la question en litige.

Pour—18. Contre—5. Refusent de voter—3.

La Licence provinciale est accordée aux MM. suivants:

Université-Laval, Québec.—J. Pelletier, St-Charles de Bellechasse; A. F. Poulin, Arthabaska; W. E. Blagdon, St-Philippe de Néry; E. Poirier, St-Cyrille.

Université-Laval, Montréal.—A. Gaboury, St-Martin; J. A. Cardinal, Napierville; Alf. Savard, St-Eustache; J. H. B. Jeannotte, Bringham; R. Tranchemontagne, St-Louis de Gonzague.

Collége Bishop.—W. C. McGillis, Montréal; E. Q. Cardana, Porto Rica.

Collége McGill.—G. W. Gernon, Marieville; J. C. Shanks, Huntingdon; W. A. Shufelt, Knowlton; J. W. Ross, Wenthrop; H. Lunam, Litchfield; F. H. Newburn, Drummondville; B. T. McDonald, Montréal; T. L. Brown, Ottawa; H. E. Poole, Kazubuzua.

Collége Victoria.—H. Legault, St-Armas; A. J. Prieur, St-Anicet; J. Asselin, Joliette; E. Fournier, Montréal; A. Martin, Iberville; P. E. Marier, Terrebonne; E. Lalonde, Montréal; G. L. Laforest, St-Liboire; J. A. Soulard, Québec; W. Beaudet, St-Grégoire d'Iberville; J. G. Leduc, Montréal; J. L. Carignan, Gentiily; E. Voisart, Pointe-du-Lac; T. Hamelin, Ste-Angèle (Trois-Rivières); C. Fauteux, St-Simon; S. E. Bergeron, St-Etienne.

De plus: MM. E. Tremblay, Nicolet; L. Irwin, M. R. C. S., London; A. M. Gibson, M.D., L. R. C. P., et S. Ed. M. R. C. P., Ont., Massawappi; C. S. Fenwick, Montréal.

Le Dr Campbell demande si le Bureau peut, d'après la loi actuelle, accorder la licence aux porteurs de diplômes universitaires qui ont subi leur examen final avant quatre années révolues depuis la date de leur admission à l'étude de la médecine. L'opinion de la majorité est qué, dans ce cas, le Bureau n'a pas le droit de donner la licence. Un comité est nommé pour s'enquérir de la question et faire rapport à la prochaine assemblée.

M. Lamirande, l'officier chargé par le collège de poursuivre ceux qui sont en contravention avec la loi médicale, donne lecture de son premier rapport semi-annuel. Ce rapport permet de constater un travail actif et persévérant et constate qu'un

grand nombre de délinquants ont été forcés de s'enregistrer ; que plusieurs médecins, qui avaient négligé jusqu'à ce jour de prendre la licence à laquelle ils avaient pourtant droit, ont été forcés de se la procurer ; que plusieurs jugements ont été obtenus contre les charlatans, et que plusieurs procès sont encore pendants.

Il est décidé que le Bureau publiera, à certains intervalles, un tableau contenant les informations nécessaires concernant le collège à l'usage des étudiants ou autres intéressés.

Et la séance est levée.

Une magnifique collation, offerte par les gouverneurs résidant à Montréal, à leurs confrères étrangers à la ville, termina agréablement l'assemblée semi-annuelle.

[Extrait de la *Gazette Officielle*, 21 mai 1881.]

TARIF MÉDICAL, tel que proposé et adopté unanimement par les gouverneurs du Collège des Médecins et Chirurgiens de la province de Québec, représentant la profession médicale, respectueusement soumis à l'approbation et sanction de Honneur le Lieutenant-Gouverneur en Conseil (1) :

Visites du jour, de 8 A. M. à 9 P. M.. n'excédant pas un demi mille	$ 2 00
Visites la nuit, de 9 P. M. à 8 A. M., n'excédant pas un demi mille	4 00
Visites, chaque mille additionnel de jour	50
Visites, chaque mille additionnel la nuit	1 00
Détention pendant une journée	20 00
Détention pendant une nuit	25 00
Consultation au bureau, avec prescription, le jour	2 00
Consultation au bureau, avec prescription, la nuit	3 00
Consultation avec examen spécial	5 00
Consultation avec confrère	5 00
Consultation par lettre entre médecins	10 00
Certificat de santé ordinaire	5 00
Certificat de santé avec rapport attesté	8 00
Certificat avec rapport sur la maladie et la mort	5 00
Examen post mortem (externe)	5 00
Examen post mortem avec autopsie	10 00
Accouchements ordinaires, soins subséquents extra	15 00
Version, applicatiou des forceps, extractiou du placenta, soins subséquents extra	30 00

(1) Par une disposition spéciale de la loi médicale, ce tarif ne sera en force que six mois après sa publication dans la *Gazette Officielle*, c'est-à-dire, le 21 novembre prochain. [Note Edit.]

Avortement, accouchement prématuré, soins subséquents extra	15 00
Dans le cas d'accouchement avec une sage-femme le prix sera comme pour l'accouchement	
Cathéterisme, cas ordinaire	3 00
Chaque application subséquente	1 00
Vaccination, vénésection, extraction de dent, injection hypodermique, etc	1 00
Introduction de la pompe à estomac	5 00
Application des vantouses, sangsues, sétons, moxa, Tampons, etc.	5 00
Chloroformisation ou autres anesthésiques	5 00
Réduction de fracture de la cuisse	25 00
Réduction de fracture de la jambe ou du bras	20 00
Réduction de dislocation de la cuisse	50 00
Réduction de dislocation de la jambe ou du bas	25 00
Amputation de la cuisse	100 00
Amputation de la jambe ou du bras	50 00
Hernie étranglée, opération	100 00
Hernie, réduction par le taxis	25 00
Lithotomie, lithotritie	200 00
Ovariotomie	500 00
Trachéotomie	30 00
Cataracte	100 00
Ablation du sein	50 00
Amygdalotomie	10 00
Amputation des doigts ou orteils	10 00
Autres opérations majeures non désignées	100 00
Autres opérations mineures non désignées	25 00

Les frais ci-dessus sont pour l'opération seulement; les services subséquents seront extra.

POUR LES DROGUES ET REMÈDES.

Mixtion ou potion jusqu'à deux onces (2)	$0 25
Mixtion ou potion jusqu'à quatre onces (4)	0 50
Mixtion ou potion jusqu'à huit onces (8)	1 00
Poudres, d'une à six (1 à 6)	0 25
Poudres, de six à douze (6 à 12)	0 50
Une boîte de pilules d'une douzaine	0 50
Pilules, chaque douzaine additionnelle	0 25
Lotions, injections, etc., quatre à seize onces (4 à 16)	50 cts. à 1 00
Liniments ou embrocations, de quatre à huit onces (4 à 8)	50 cts. à 1 00
Vésicatoires, emplâtres, etc	50 cts. à 1 00
Onguent, boîte d'une once	25 cts. à 0 50

Quand on se sert de remèdes coûteux, les frais seront augmentés selon leur valeur.

L. LARUE, *Régistrateur*,
C. M. & C. P. Q.

(Vraie copie,)
PH. J. JOLICŒUR,
Assistant-secrétaire de la Province de Québec.

Société Médicale de Montréal.

Séance du 23 avril 1881.

M. le Dr E. P. Lachapelle, président, au fauteuil.

Aprés la lecture et l'adoption des minutes de la dernière séance, le Dr Brosseau propose, secondé par le Dr Lamarche, que le Dr D. Marsil, de St. Eustache, soit admis membre actif de la Société Médicale de Montréal.—Adopté.

Le Dr Louis D. Mignault, de Montréal, est aussi admis membre actif de la Société sur motion du Dr Filiatrault, secondé par le Dr Berthelot.

M. le Dr Marsil donne lecture du rapport d'un cas de kyste ovarique pour lequel il a pratiqué avec succès l'opération de l'ovariotomie. (Ce travail a été publié dans la livraison de mai de l'*Union Médicale*.

M. le Président remercie, au nom de la Société Médicale, M. le Dr Marsil pour l'intéressant et utile travail dont il vient de donner lecture et rend hommage au talent et à l'habilité dont a fait preuve M. le Dr Marsil en pratiquant l'opération dont il vient d'exposer le rapport.

MM. les Drs Brosseau, Hingston, Lamarche et Sévérin Lachapelle prennent aussi la parole sur la question.

Il est ensuite proposé par le Dr C. M. Filiatrault, secondé par le Dr N. Fafard, que la Société Mécicale a appris avec regret la mort prématurée de M. le Dr E. A. Paquet, un de ses membres actifs; qu'en témoignage de leur respect pour la mémoire du défunt, les membres de la Société portent le deuil pendant un mois, et que copie de ces résolutions soit transmise à la famille de M. le Dr Paquet.—Adopté.

Le Dr N. Fafard donne avis qu'à la prochaine séance il proposera M. le Dr A. Savard, de St-Eustache, comme membre actif de la Société médicale.

Et la séance est levée.

Séance du 13 mai 1881.

Présidence du Dr A. Ricard.

Après la lecture et l'adoption des minutes de la dernière séance, M. le Dr A. Savard, de St-Eustache, est admis membre actif de la société, sur proposition du Dr Dagenais, secondé par le Dr Berthelot.

Le Dr A. Lamarche donne lecture d'un travail sur les autopsies cadavériques (1).

(1) Nous publions ce travail dans la présente livraison.

M. le PRÉSIDENT et MM. les DRS PERRAULT, BROSSEAU et BERTHELOT prennent la parole sur cette question.

Le DR DAGENAIS propose ensuite qu'une demande soit faite aux rédacteurs de l'*Union Médicale du Canada* à l'effet de faire profiter la Société des journaux et revues de médecine que l'*Union* reçoit chaque semaine.

Le DR LAMARCHE exprime l'idée que les rédacteurs de l'*Union* accèderont sans doute avec plaisir à la demande de la Société.

Sur motion du DR BROSSEAU, un comité composé du PRÉSIDENT, du SECRÉTAIRE et des DRS DAGENAIS et LAMARCHE est alors nommé pour aviser aux moyens à prendre pour mettre à effet la proposition du DR DAGENAIS.

Et la séance est levée.

Brochures reçues.

—*Rapport annuel du Surintendant de l'Aqueduc de Montréal*, pour l'année finissant le 31 décembre 1880.

—*On Unnecessary Surgical Operations in the treatment of the diseases of Women*, by CLIFTON E. WING, M.D., Boston.

—*Excision of the rectum for malignant disease*, by N. SENN, M.D., Milwaukee.

—*Phthisis Pulmonalis and its treatment with hypophosphites*, by L. DE BREMON, M.D., New-York.

DÉCÈS.

En cette ville, le 20 mai, M. le Dr Charles Dansereau, âgé de 60 ans et 8 mois.

A Ste-Anne de Beaupré, le 27 mai, de consomption, à l'âge de 21 ans, la dame de L. Geo. Bolduc, Ecr., M. D.

TRAVAUX ORIGINAUX.

La Pustule maligne.

LA THÉORIE DE PASTEUR ET LA MÉDICATION NOUVELLE.

Pasteur, travaillant toujours à sa théorie des germes, vient de faire une nouvelle découverte au sujet des maladies charbonneuses qui ravagent si souvent nos campagnes, jetant la désolation et le deuil sur nos fermes.

Cette découverte peut se résumer dans la formule suivante, qui est la conclusion de son rapport à l'Académie des Sciences.

" De la terre recueillie au-dessus des fosses où sont enfouis des animaux charbonneux depuis plusieurs années, convenablement traitée, est susceptible de produire le charbon par inoculation. Les vers de terre sont les agents qui ramènent constamment les germes morbides, de la profondeur des fosses à la superficie du sol, au moyen de leurs excréments.

M. Colin, si souvent incrédule, a nié le fait; une commission académique a été organisée, et M. Villemain a fait le rapport suivant:

Trois sortes de terre ont été expérimentées :

1° Une terre recueillie sur une fosse où des animaux charbonneux avaient été enfouis depuis douze ans.

2° Une terre recuillie sur une fosse où des animaux charbonneux avaient été enfouis depuis trois ans.

3° Une terre *vierge*, c'est-à-dire, recuillie sur de terrain où, de mémoire d'homme, il n'avait pas été enfoui d'animaux charbonneux.

Des expériences ont été pratiquées en outre avec des excréments de vers de terre provenant des deux premières fosses. Huit séries d'expériences ont été instituées par la commission, avec tout le soin et toutes les précautions exigées en pareille matière. Toutes furent concluantes en faveur de Pasteur.

Il résulte de ces faits, qui doivent venir à la connaissance publique, par tous les moyens et le plus vite possible, que nous n'avons à notre disposition qu'une seule ressource contre un mal qui semble pousser avec l'herbe de nos champs, c'est l'incinération, c'est le feu.

Les autorités,—le conseil d'agriculture, je suppose,—devraient voir à ce que des circulaires soient envoyées dans chaque localité, recommandant la destruction immédiate par le feu de tout animal charbonneux. Il faut se mettre à l'œuvre, guetter les travaux de la science, et mettre en pratique sans hésitation ses commandements.

Je profiterai de l'occasion qui se présente tout naturellement au sujet de ces expériences, pour dire un mot du charbon tant au point de vue patho-génique que thérapeutique. La pustule maligne est si souvent désespérante qu'il faut signaler sans retard les différents points de vue nouveaux auxquels il faut se placer d'une manière rationelle, pour pouvoir espérer un triomphe sur cette terrible maladie.

Ce qui constitue la bacteridie est bien la lacterie, c'est-à-dire, le développement d'un germe qui empoisonne l'organisme par un travail prolifique prompt.

Or, nous devons viser à la destruction de ce germe qui constitue l'empoisonnement. Les caustiques ordinaires jusqu'ici ont été les seuls agents destructeurs de la pustule que la thérapeutique inquiète et hésitante nous conseille contre elle.

Les notions nouvelles sur la nature de cette maladie et de nouveaux agents médicamenteux ont fait penser à un nouveau traitement.

En effet, n'existe-t-il pas de substances qui détruisent la formation des germes, qui détruisent le germe lui-même? Le caustique a bien ce but, mais l'atteint-il aussi sûrement qu'il est nécessaire? Non.

L'on sait que certains désinfectants agissent par la destruction des germes qui se développent dans les substances agissant comme infectants. Pourquoi l'acide carbolique, qui agit de cette manière, ne jouerait-il pas le même rôle dans la pustule?

Destruction donc de l'élément virulent.

Injection hypodermique de l'acide carbolique pur dans la vésicule elle-même; injection de l'acide carbolique dilué, solution forte, dans la zône voisine de la pustule; injection de l'acide carbolique dilué, solution faible, dans toute l'étendue des tissus œdémateux.

Un auteur conseille en place de l'acide carbolique l'iode *intus et extra*:

Iode pulv.....	grs V
Aqua	℔ i

Ajoutez iode pot. grs X pour empêcher la précipitation de l'iode. Injection hypodermique et à l'intérieur.

Le système nerveux, subissant une prostration profonde, recevra de l'assistance de l'acétate d'ammoniaque et des stimulants qui ne doivent pas être épargnés.

Puis la période d'épuisement indiquera l'emploi des toniques les plus énergiques.

La saison où nous sommes est la saison des maladies charbonneuses, ou plutôt de la bacteridie; en attendant que la médication préventive soit mise en pratique et fasse disparaître ce fléau redoutable, qu'on mette à l'épreuve la nouvelle médication qui semble offrir les garanties qui ont fait défaut jusqu'ici à toute médication.

SÉVERIN LACHAPELLE.

REVUE DES JOURNAUX.

PATHOLOGIE ET CLINIQUE MÉDICALES.

Traitement du chancre simple. — Affection locale, le chancre simple ne réclame qu'un traitement local, et c'est celui-ci seul que nous aurons en vue. Nous laisserons donc de côté, pour aujourd'hui, les complications qui viennent quelquefois l'arrêter dans son évolution naturelle vers la guérison, comme le bubon et le phagédénisme.

Et d'abord, pas de dépuratifs, ni d'altérants, ni d'antisyphilitiques surtout. Le mercure, entre autres, est inutile et même nuisible; c'est un appoint pour le phagédénisme. Remarquons cependant que si le sujet présente des traces de scrofule, de lympathisme, de débilitation, il faudra y remédier par un régime approprié, par les toniques, l'huile de foie de morue, le quinquina; et si le sujet est pléthorique, il sera indiqué de le soumettre à un régime sévère.

Le traitement local exige une attention particulière. Le chancre, n'est, il est vrai, qu'une petite plaie de 0,01 centimètre en moyenne, qui guérirait en 5 ou 6 jours chez un sujet bien portant; mais, il lui faut, au minimum, plusieurs septennaires et souvent plusieurs mois, parce que c'est un ulcère spécifique, et que cet ulcère, à cause de sa spécificité, tend toujours à s'accroitre. Il faut donc tendre à le transformer en plaie simple par un moyen quelconque, et ce moyen nous

l'avons, il est unique : c'est la cautérisation. Alors, la plaie ne demande qu'à s'éteindre et à se cicatriser ; il n'y a plus de chancre. On en a la preuve par l'inoculation du pus de cette plaie ainsi modifiée : elle est sans résultat ; or, vous savez qu'on peut reproduire à l'infini, par inoculation, de nouveaux chancres simples.

Quel caustique faut-il employer pour arriver à ce résultat ?... un caustique fort, énergique, destructeur, un escharotique en un mot, les caustiques faibles, les cathérétiques, par exemple, ne produisent rien, surtout le nitrate d'argent qui est parfaitement insuffisant, quelque profonde que soit la cautérisation ; et la preuve, c'est qu'après son emploi l'inoculation reproduit toujours un chancre.

Parmi les escharotiques, on peut choisir entre la potasse, la pâte de Vienne, la pâte de Canquoin ; les acides nitrique, sulfurique, etc... Pour le professeur Fournier, le meilleur est le carbo-sulfurique ou caustiqne de Ricord, dont voici la composition : on fait un mélange d'acide sulfurique et de charbon de façon à avoir une pâte de consistance analogue à celle du cirage. Pour s'en servir, on en prend gros comme une lentille sur une spatule ou uue allumette ; on la met sur la plaie, et on la laisse ; elle se détache après quelques jours et on ne trouve au-dessous qu'une petite plaie où la cicatrisation déjà faite.

Le résultat est merveilleux ; si la cautérisation a été bien faite, le chancre est tué sur place (Ricord) ; et de plus, il est anéanti en tant qu'origine possible de complications spécifiques : inflammation, bubon, phagédénisme, et au point de vue de la contagion. La douleur est assez vive, mais elle disparait presque immédiatement. La cicatrice que laisse la cautérisation est persistante mais limitée : si celle-ci n'était pas profonde, si la surface du chancre n'était pas cautérisée intégralement, si on laissait un petit coin, il resterait une gouttelette de pus qui rallumerait l'incendie, et on n'aurait aucun résultat.

Cette méthode, par excellence est cependant assez rarement appliquée en pratique. Cela tient à ce qu'elle a des contre indications nombreuses, tandis qu'il n'y a vraiment que deux indications, qui sont les suivantes : 1° il faut que le chancre soit naissant et petit : alors l'indication est formelle ; 2° S'il y a tendance au phagédénisme : alors il faut cautériser violemment. Mais vous ne cautérisez pas dans les cas suivants : 1° si le chancre a déjà acquis son développement complet ou presque complet ; il n'y a pas d'intérêt réel à agir, la cicatrisation se fera seule ; 2° s'il ne peut être atteint dans toute son étendue, à cause de ses replis, de sa disposition ; 3° s'il y a des chancres d'inoculation au voisinage, ou si l'on soupçonne qu'il

y a un chancre primitif caché dans les replis de la peau, comme à la partie profonde du prépuce, par exemple, dans les cas de phymosis. En tout cas, si l'on a plusieurs chancres voisins, il faut les cautériser tous. ou pas du tout.

4° On ne fera pas la cautérisation, si elle exposait à des délabrements trop considérables ou à des dangers locaux, tels que la perforation du prépuce ou l'atrésie du méat urinaire ou de l'anus, ce qui pourrait arriver, si on touchait trop fortement les chancres de ces deux orifices.

5° Enfin, si elle devait entrainer des cicatrices trop apparentes, très-déplaisantes aux malades comme vous le savez, car ainsi que l'a dit Ricord, les organes génitaux ont leur coquetterie comme le visage.

La cautérisation n'est donc qu'une méthode de début et on ne peut la mettre en pratique que pendant un temps assez court. Cette période passée, on est bien moins puissant et moins maitre de la situation. Que faut-il faire alors ? Trois choses seulement :

1° Isoler le chancre ;

2° Lui opposer une hygiène convenable ;

3° Le modifier par des topiques appropriés.

1° Il faut isoler le chancre, pour qu'il ne fasse pas de petits autour de lui, pour qu'il ne repullule pas : on remplit cette condition par des pansement bien faits.

2° Une bonne hygiène est surtout nécessaire pour prévenir les complications. Le malade devra donc éviter les fatigues de toute espèce, les marches forcées, la danse, les excès alcooliques. Localement, des soins de propreté minutieux sont indispensables ; d'où, ablutions fréquentes avec eau de guimauve, de pavots ou l'eau simple. Les bains sont de la plus grande utilité, essentiels même et on doit en prendre tous les deux jours au début.

Les pansements seront fréquents : trois ou quatre par jour, et très-soigneusement faits ; et il faudra toujours avoir soin de mouiller la plaie, afin de ne point déchirer les vaisseaux et la faire saigner.

3° La troisième indication est de modifier le chancre par des topiques appropriés. Voici quels sont les meilleurs ; 1° Le tartrate ferro-potassique dans la proportion de 3 ou 4 gr. pour 30. — 2° L'iodoforme, qui agit très rapidement dans certains cas et ne fait absolument rien dans certains autres. 3° Enfin, le nitrate d'argent qui constitue encore ce qu'on a de mieux. On l'emploie à 1 gramme pour 30 ; c'est la solution que l'expérience a montré la plus avantageuse. On en imbibe de petits plumeaux de charpie qu'on laisse à demeure sur le

le chancre et on renouvelle ce pansement trois ou quatre fois par jour. De cette façon, le nitrate d'argent n'est pas caustique ; mais c'est un pansement sale qui noircit tout.

Le nitrate d'argent ne convient qu'à la période d'augment et d'état du chancre : il ne faut pas l'employer à la période ultime où le chancre est rouge, bourgeonnant et serait irrité par l'application de ce topique. Ce qu'il y a de mieux alors, c'est de le panser avec de la charpie sèche seulement.

Maintenant, que faut-il ne pas faire dans le traitement du chancre ? d'abord, s'abstenir absolument de cautérisations au crayon de nitrate d'argent, qui ne font qu'irriter le chancre sans le modifier. — 2° S'abstenir également des pommades et corps gras en général ; les pommades sont détestables : elles favorisent même le phagédénisme et parmi elles aucune n'est plus nuisible que l'onguent napolitain.

—

Influence de la fonction menstruelle sur la marche de la phthisie pulmonaire, par le Dr Daremberg.—Notre confrère ayant été frappé de la marche par saccades, par bouffées, avec alternatives constantes d'amélioration et de rechute de la phthisie chez les femmes, a étudié avec grand soin l'influence de la fonction menstruelle sur la marche de cette affection pulmonaire, et a publié le résultat de ses recherches dans un mémoire paru dans les *Archives de médecine*, dont voici la substance :

M. Daremberg croit que c'est à la fonction menstruelle qu'on peut rapporter un certain nombre de ces particularités. Il s'efforce de prouver par des faits que, chez la femme régulièrement réglée, la menstruation peut quelquefois être la cause occasionnelle du développement de la phthisie pulmonaire, qui sans elle aurait pu rester latente, toujours, ou tout au moins pendant un certain temps. Lorsque la phthisie est établie, la menstruation peut quelquefois être la source de poussées conjestives simples, hémorrhagiques ou inflammatoires, soit autour des lésions existantes, soit dans des points jusque-là indemnes. Quant au moment des époques l'écoulement fait défaut, tandis que la conservation intacte du molimen congestif démontre la persistance de l'orgasme ovarien, les congestions menstruelles sont encore plus intenses et plus dangereuses.

Chez les femmes phthisiques, il faudra donc toujours surveiller les poumons aux environs de l'époque menstruelle. A la moindre alerte de ce côté, il faudra calmer l'excitation ner-

veuse et vasculaire (digitale, bromure de potassium, etc.), recommander le repos absolu et agir sur les lésions pulmonaires par des révulsifs énergiques. Et cela pendant plusieurs époques consécutives. Quand chez les femmes phthisiques, à la période menstruelle ou à la période critique de la ménopause, l'écoulement sanguin cesse, pendant que le molimen ovarien continue, il faut prescrire le traitement qui précède et essayer de faire revenir les règles, d'abord par des moyens externes, puis, si on ne réussit pas, par l'emploi très prudent des purgatifs et des emménagogues internes; si même on ne parvenait pas à rappeler les règles, on obtiendrait l'effet dérivatif que l'on cherche. M. Daremberg ajoute encore que: 1o. la suppression brusque des règles ne peut pas faire naître de toutes pièces la tuberculose, mais qu'elle peut la développer chez des femmes prédisposées; 2o. après l'accouchement les phénomènes de congestion pulmonaire d'origine réflexe sont à craindre; 3o. lorsque les deux fonctions utérine et ovarienne sont supprimées, à la suite de la ménopause complète, physiologique ou pathologique, les congestions menstruelles ne sont plus à redouter.

—

Du lavage de l'estomac.—Ce procédé thérapeutique paraît se généraliser d'une façon telle depuis un certain temps, que nous croyons utile d'indiquer quels sont les progrès faits par cette méthode depuis que nous avons eu l'occasion d'en parler et que nous avons décrit le tube-siphon de M. Faucher qui a rendu cette médication d'une application facile. De nombreux travaux ont été publiés sur cette question; nous emprunterons surtout aux mémoires de M. Bucquoy et de M. C. Paul publiés dans la Gazette *hebdomadaire* et le *Bulletin de thérapeutique* quelques-uns des détails que nous donnerons ici: M. Bucquoy en effet est un des premiers promoteurs de cette méthode empruntée, comme l'on sait, à Kussmaul et nous avons déjà rapporté quelques-uns des faits étudiés par lui dans ses cliniques; il en a relaté un nouveau récemment relatif à un homme atteint d'une dilatation considérable de l'estomac consécutive à un retrécissement du pylore survenu lui-même après l'ingestion d'acide nitrique. Cet homme mourait littéralement de faim par suite d'une intolérance complète de l'estomac, lorsqu'il fut soumis au lavage stomacal avec le tube Faucher, une amélioration considérable se produisit alors très rapidement et le malade engraissa de plus de deux kilogrammes en quinze jours; toute fois il fut atteint de nouveaux accidents et succomba à la phthisie pulmonaire peu de temps après.

M. Bucquoy, dans son travail, insistait déjà beaucoup sur les diverses indications auxquelles pouvait répondre le lavage de l'estomac.

M. Constantin Paul surtout a étudié très longuement cette question, et a même exposé sur le procédé opératoire à employer des idées qu'il est utile d'indiquer ici. Tout d'abord il fait remarquer que, pour l'opération en question, la position assise du malade est la plus favorable ; certains individus cependant, très pusilanimes et très craintifs devront être couchés les premières fois. Quant à l'instrument usité c'est le tube de Faucher avec cette restriction cependant qu'il peut être utile pendant les premiers jours d'employer la sonde rigide ordinaire pour vaincre le spasme œsophagien qui se produit quelquefois à ce moment, mais qui disparaît au bout de quelques séances ; c'est pour remédier à cet inconvénient que M. Debove a fait construire un mandrin qui facilite dans ce cas beaucoup l'introduction du tube en caoutchouc souple; mais lorsque le malade introduit lui-même sa sonde, ce qui arrive toujours très rapidement, la flexibilité du tube au contraire est une condition nécessaire, puisqu'il entre par un véritable mouvement de déglutition. Il faut ajouter que M. Audhoui a fait construire un tube flexible à double courant qui faciliterait beaucoup le lavage de l'estomac, mais dans lequel le tube de sortie des liquides se trouve forcément assez rétréci, ce qui est un grave inconvénient.

Rappelons maintenant le mode d'introduction tel que le décrit M. Bucquoy et que nous l'avons déjà indiqué d'après M. Faucher : le tube étant légèrement humecté avec de l'eau, (M. C. Paul conseille de le graisser avec de la vaseline, pendant les premiers jours seulement) le malade prend l'extrémité libre du tube, la porte dans le pharynx, et le pousse légèrement en faisant un mouvement de déglutition : il répète un certain nombre de fois ce mouvement de déglutition en guidant le tube avec la main ; celui-ci pénètre assez rapidement dans l'estomac et le malade s'arrête quand il voit près des lèvres une marque tracée à 45 et 50 centimètres de l'extrémité libre, alors couchée le long de la grande courbure de l'estomac. Pour amorcer le siphon, le malade verse dans l'entonnoir de l'eau alcaline et après l'avoir rempli l'élève au-dessus de sa tête jusqu'à ce que le liquide ait pénétré presque tout entier ; à ce moment, il abaisse l'entonnoir au-dessous du niveau de l'estomac, au-dessus d'une cuvette ; on voit aussitôt l'entonnoir se remplir du contenu de la cavité stomacale et l'on constate qu'il revient une quantité de liquide plus considérable que celle qui a été introduite entraînant des résidus de digestion. L'opération est

répétée un certain nombre de fois et autant qu'il est nécessaire jusqu'à ce que l'eau revienne presque limpide. On emploit généralement pour cette opération une eau alcaline ; M C. Paul s'est bien trouvé de l'eau silicatée de Sail ; ou d'une solution antiseptique contenant du thymol ou de l'hyposulfite de soude ; pour terminer l'opération, il verse dans l'estomac deux ou trois cents grammes de lait. Les premiers liquides injectés sont tièdes parce qu'ils détergent mieux les parties ; les derniers sont froids parce qu'ils constituent un meilleur pansement par les muqueuses, et provoquent plus facilement les contractions. Dans certains cas graves l'opération a été renouvelée deux fois par jour ; dans les cas ordinaires une fois seulement pour commencer, puis moins souvent ensuite.

Quelle que soit l'affection stomacale ainsi traitée, on obtient presqu'immédiatement des résultats qui sont, d'après M. Paul : d'abord la cessation de la douleur, puis l'apparition au bout de de quelques jours de garde-robes spontanées (dans le cas de dilatation) : enfin la réapparition de l'appétit et l'augmentation du poids beaucoup plus rapide qu'on aurait pu le croire. Actuellement du reste, le lavage de l'estomac n'est plus limité à la dilatation stomacale comme il l'était au début ; il est appliqué à des affections très diverses. M. C. Paul cite des faits de gastralgie, de vomissements hystériques, de gastrites alcooliques qui ont été aussi complètement guéris ; il a pu aussi soulager ainsi grandement une femme présentant des vomissements fécaloïdes et atteinte d'une hernie ombilicale ; enfin dans le cancer de l'estomac, on atténue beaucoup les accidents et on peut même déterminer de notables améliorations passagères ; MM. Bucquoy et Ferrand ont aussi observé des cas de guérison d'ulcères simples. M. Debove a également rapporté à cet égard dans le *Progrès médical* un cas de guérison extrêmement remarquable chez un malade atteint d'un ulcère simple probablement très ancien avec une intolérance absolue de l'estomac et un état de cachexie extrême. Les résultats favorables obtenus furent presqu'immédiats, et au bout de six semaines le malade qui avait augmenté de 100 à 125 grammes par jour, était en voie de guérison complète.

Dans son traité des Dyspepsies gastro-intestinales, M. le professeur Germain Sée cite aussi un certain nombre de faits qui démontrent bien l'utilité de cette méthode dans des affections stomacales d'ordre très divers : il cite en particulier le cas d'une jeune fille atteinte d'une anorexie grave ; avec refus invincible de toute nourriture, arrivée au dernier degré de marasme et qui fut guérie après trois mois de ce traitement mécanique. Le professeur a vu enfin des vomissements incoer-

cibles ainsi arrêtés, des cancers très soulagés, et aussi des dyspepsies à forme cachectique pouvant faire croire à un cancer, complètement guéries. Il y a donc dans ce dernier cas, indépendamment d'un moyen de traitement un véritable moyen de diagnostic.

On voit par cette rapide énumération toute l'importance de ce nouveau mode de traitement qui joint à une très grande facilité d'emploi, une innocuité parfaite, car jusqu'ici, on n'a encore signalé aucun accident survenu par le fait de l'opération.—*Journal de médecine et de chirurgie.*

—

L'oakum, son emploi contre les affections articulaires aigues et chroniques.—Ces affections sont du domaine de la chirurgie aussi bien que de la médecine. On sait combien sont variés, et surtout capricieux, les résultats du traitement par l'iode, les vésicatoires, etc. Nous désirons attirer l'attention des praticiens sur l'emploi d'une nouvelle substance, l'*oakum*, employé avec succès par M. Constantin Paul à l'hôpital Lariboisière. Voulez-vous savoir ce qu'est l'oakum? C'est tout simplement du chanvre imprégné de goudron. Les marins s'en servent pour calfater leurs embarcations. On peut se le procurer dans tous les ports de mer et même chez les droguistes. La première provision d'oakum employée par M. Constantin Paul est venue d'Angleterre et a été fournie par les pharmacies anglaises.

Ces jours derniers, nous avons été émerveillés de l'amélioration produite par l'oakum dans une arthrite blennorrhagique du genou chez la femme. L'articulation avait été complètement enveloppée avec ce chanvre goudronné, de 1 à 2 centimètres d'épaisseur, et laissé en permanence autour du genou.

M. Constantin Paul emploie aussi ce médicament dans l'*arthrite déformante*, dont il a considérablement amélioré un cas en quelques semaines.

L'oakum ne réussit pas seulement dans les affections articulaires, mais dans tous les cas où l'iode est recommandé en application. Il a produit les meilleurs effets dans la bronchite et il remplace aussi bien l'emplatre de poix de Bourgogne.

La première application thérapeutique de l'oakum appartient à un ingénieur anglais, M. Verderman, qui l'aurait conseillé aux matelots qui souffraient de douleurs articulaires. C'est par le plus grand des hasards que le savant médecin de l'hôpital Lariboisière en a eu connaissance.—*Revue médicale.*—*Le Scalpel.*

PATHOLOGIE ET CLINIQUE CHIRURGICALES.

Des méthodes antiseptiques, de l'acide phénique et du pansement de Lister.— M. *Boinet* lit un long mémoire ayant pour but de servir à l'histoire de l'acide phénique et de ses premières applications en chirurgie. Dans ce travail, M. Boinet commence par passer en revue les différents produits de la houille, les huiles essentielles, les hydrocarbures, les phénols, reprochant aux étrangers d'introduire sous un nom quelconque, comme leur propre découverte, des produits français d'origine et d'application françaises.

C'est ainsi que, remontant à l'ingénieur français Philippe Lebon, qui démontrait, en 1785, que la houille pouvait remplacer le charbon, il cite successivement Chaumette, en 1815, comme parlant le premier des propriétés désinfectantes du coaltar ; Guilbourg, en 1832, Bayard, dont le mémoire fut couronné en 1844 ; Dumas, en 1846, dont le traité de chimie énumérait les substances capables d'enlever la putréfaction, et notamment la créosote. Il arrive ensuite à Lemaire, qui se servait le premier, en 1859, de l'acide phénique en pansement pour détruire les pédiculi capitis et pubis ; Lemaire qui publia en 1860 son premier mémoire sur l'action antiseptique de l'acide phénique, c'est-à-dire quelques années avant les travaux de Lister sur la même question. En 1863, Lemaire renfermant un nombre d'observations de malades traités par l'acide phénique et recommandant son emploi comme topique et en injections.

Enfin MM. Darricau et Petit publiaient en 1862 un grand nombre de faits cliniques relevés à l'hôpital civil de Bayonne, sur l'emploi du coaltar saponiné et de l'acide phénique. En 1867, M. Maisonneuve faisait tous ses pansements avec l'acide phénique ; en 1860, Giraldès citait les heureux effets de ce même agent, dans ses leçons cliniques sur le pansement des plaies.

L'usage des pansements antiseptiques par l'acide phénique appartient donc aux chirurgiens français, à Lemaire tout le premier ; et non pas à la chirurgie anglaise ; non pas à Lister, qui, lorsqu'il fit ses premières recherches, feignit d'ignorer tout ce qui avait été fait avant lui.

M. Boinet reproche à M. Lucas Championnière de ne pas avoir suffisamment rendu justice à la chirurgie française. Dans le pansement qui porte aujourd'hui le nom de Lister, il n'y a

de nouveau, dit-il, que la mise en scène, il faut rendre à chacun ce qui lui appartient.

M. *Lucas-Championnière* regrette que M. Boinet n'ait pas lu son livre, ou tout au moins la partie qui touche à l'historique des méthodes antiseptiques. Lister n'a jamais eu la prétention de revendiquer pour lui la découverte de l'acide phénique. L'emploi des antiseptiques était connu déjà des anciens, et M. Larrey nous a montré que les Arabes, lorsqu'ils faisaient la trépanation se servaient du goudron dans leurs pansements. La différence entre Lister et ses prédécesseurs, c'est qu'autrefois on appliquait les antiseptiques tant bien que mal, tandis que Lister a institué toute une théorie basée sur les belles recherches de M. Pasteur. Ses premières applications datent de 1865 et non de 1866. C'est à lui que l'on doit d'avoir su réglementer l'emploi des antiseptiques.

D'autres chirurgiens, certainement, ont employé l'acide phénique: Maisonneuve l'employait exclusivement dans son service à doses élevées, et il en obtenait de très-bons résultats.

On m'a reproché autrefois, d'être un apôtre de la chirurgie antiseptique. Je suis convaincu qu'il est peu de nos collègues qui se laisseraient opérer aujourd'hui sans que l'on ait recours au pansement de Lister.

M. *Verneuil.* Nous assistons en ce moment à quelque chose d'analogue à ce que j'ai vu se produire pour la fistule vésico-vaginale. Lorsque Marion Sims et Bowsman arrivèrent en France, nous présentant 4 succès sur 5 opérations, nous en étions encore a savoir si l'on pouvait guérir ces fistules, et nous mettions en doute ou plutôt nous contestions les succès obtenus par Jobert. Il n'y avait cependant rien de nouveau dans la méthode américaine: tout cela existait en France, et néanmoins on bâtissait mal, parce que l'on agissait sans méthode, sans cet ensemble de conceptions logiques dont le mérite revient absolument au chirurgiens américains Sims et Bowsman.

Il en est de même du procédé de Lister: nous avions l'acide phénique, le drainage, les pansements par occlusion, etc., et cependant nous sauvions à peine un amputé sur quatre. En fait d'équité historique, je l'ai déjà dit, je ne connais pas de nationalité. La réforme dont nous parlons était dans l'air. Maisonneuve, dans une communication à l'Institut, avait énoncé une grande vérité lorsqu'il disait: "Si le poison naît dans la plaie, c'est là qu'il faut le tuer." Lister a profité des travaux de Pasteur; il n'a nullement les prétentions dont M. Boinet l'a accusé; loin de là: c'est un homme modeste, simple, un savant galant homme, qui, tout le premier, a rendu justice aux travaux de Pasteur; et ce qui fait son mérite, c'est d'être tom-

bé sur une excellente combinaison, d'avoir imaginé un excellent procédé dérivant d'une méthode générale.

Laissons donc de côté les questions de personnes. Une grande théorie était dans l'air depuis 20 ans, et nous lui devons les merveilleux pansements de Lister et d'Alphonse Guérin. Il y a 20 ans, nous perdions les deux tiers de nos amputés d'infection purulente; aujourd'hui celle-cí est devenue l'exception.

M. *Labbé* trouve la comparaison de M. Verneuil parfaitement exacte. Jobert a eu de grands et nombreux succès; il avait fait avancer considérablement la question des fistules vésico-vaginales, qui, avant lui, était dans un piteux état.

M. *Monod* ajoute à ce qu'à dit M. Verneuil que tous les jeunes chirurgiens se sont ralliés à la méthode de Lister. Le seul cas d'infection purulente qu'il ait eu dans les hôpitaux depuis 5 ans est un cas où il avait négligé l'emploi des pansements de Lister.

M. *Després* déclare qu'il ne laissera pas seul M. Boinet combattre les partisans de Lister. Il proteste contre les résultats énoncés par M. Verneuil dans les amputations de la cuisse. Il a vu Nélaton pratiquer avec succès deux de ces amputations. Si nous avons aujourd'hui moins de morts, ajoute-t-il, c'est parce que nous pansons mieux et avec plus de soin nos amputés. Depuis que je suis entré à la Charité, au mois de janvier, j'ai balayé le pansement de Lister et je n'ai pas encore eu un seul décès à la suite de mes opérations. Je ne perds pas plus de malades que mes collègues. Nous avons vu ainsi mille pansements plus merveilleux les uns que les autres, portés aux nues jusqu'au moment où battus en brèche, la vérité se faisait jour: gardons-nons des apothéoses, et, comme dans la fable,

Chacun trouve en réalités,
Autant qu'il peut, ses propres songes;
L'homme est de glace aux vérités,
Il est de feu pour les mensonges.

M. *Berger*. Si M. Després n'a point encore de mécomptes dans ses opérations à la Charité, c'est que ses salles sont encore sous l'influence des énergiques phénications d'avant son arrivée dans cet hôpital.

M. *Farabeuf* regretterait de voir les partisans de Lister faiblir sous les paroles de M. Després. Les pansements d'autrefois étaient faits avec autant de soin qu'aujourd'hui, mais il a fallu dix ans à la chirurgie pour devenir listérienne, comme dix ans à la France pour devenir républicaine.

M. *Boinet* ne trouve ni juste ni exacte la comparaison de M.

Verneuil. Il a lu plusieurs fois le livre de M. Lucas-Championnière, il n'y a pas trouvé ce qu'il eût voulu; les idées anciennes y sont beaucoup trop mises de côté. Les pansements que l'on faisait tous les jours chez les opérés du temps de Broussais sont devenus plus rares; puis on a eu recours à l'alcool, à l'iode, comme je le préconisais dans le mémoire que je publiais en 1855, afin de prévenir l'infection purulente; puis encore on servit de l'iodoforme, du chloroforme, etc.; enfin est arrivé l'acide phénique qui a donné des résultats analogues à ceux des autres agents antiseptiques.

Si donc j'ai tenu à présenter à la Société l'historique de cette question, c'est que l'on fait beaucoup trop bon marché des travaux d'origine française pour en reporter tout l'honneur à Lister, qui n'a que le mérite d'avoir étendu la méthode antiseptique. L'acide phénique n'est qu'un antiseptique de plus; dans quelques mois ou quelques années nous en découvrirons d'autres. L'acide phénique n'est pas une panacée universelle; de plus, il n'est pas un médicament si innocent que l'on n'ait eu des intoxications; c'est un poison violent avec lequel, par de simpls frictions le long de la colonne vertébrale, on est parvenu à tuer des chevaux.

M. *Lucas-Championnière* maintient que tout ce qui vient d'être dit par M. Boinet, relativement aux pansements antiseptique, se trouve dans son livre.—*Le Praticien.*

—

A propos des influences que les états constitutionnels exercent sur le pronostic de la Kélotomie. — M. le professeur VERNEUIL.— Les états constitutionnels jouent un rôle considérable dans le pronostic des opérations de hernie étranglée et c'est à peine cependant si ce sujet a été effleuré, en passant, par quelques rares auteurs. Je me souviens qu'en 1868, M. Panas, à la société de chirurgie, rendant compte de sa statistique d'opération de Kélotomie fit incidemment la déclaration suivante: "Je n'ai pas fait entrer ici en ligne de compte les malades alcooliques, car tout le monde sait combien rarement ces opérations réussissent chez eux." Et mon collègue avait parfaitement raison.

Il est également vrai qu'on a décrit sous le nom d'étranglement algide une forme d'accidents considéres comme tellement funestes qu'après Malgaigne on ne croyait généralement pas devoir les opérer. Mais qu'est-ce que ce refroidissement algide qui accompagne les étranglements, sinon un symptôme de certains états constitutionnels que l'expérience nous dit se trou-

ver plus spécialement en rapport direct avec la congestion pulmonaire et avec les affections intestinales ? Vous savez tous, du reste, jusqu'à quel point l'arrêt des matières provoque rapidement des phénomènes d'algidité.

Cependant un travail d'ensemble sur ce sujet reste encore à faire :

La relation intéressante d'un malade qui vient de succomber ainsi dans nos salles après l'opération me fournit l'occasion d'attirer votre attention sur ce sujet.

Ce pauvre homme, en effet, était emphysémateux, dyspeptique ancien, et rentrait par conséquent dans la catégorie de ceux qui se trouvent plus spécialement exposés à voir survenir l'algidité à la suite d'un étranglement herniaire.

L'opération que j'ai faite devant vous a présenté quelques particularités sur lesquelles je crois devoir attirer votre attention. Comme vous avez pu le voir, la hernie était volumineuse, et dans mes tentatives de taxis je suis arrivé à la réduire assez considérablement de volume sans toutefois qu'il m'ait été possible d'atteindre complètement le but. A quoi faut-il attribuer cette diminution de volume ? D'ordinaire, la tumeur s'affaisse, comme dans notre cas, mais en faisant entendre un bruit de glouglou caractéristique qui est dû au passage précipité des liquides et des gaz. N'ayant pas perçu ce gargouillement, je devais en conclure que la diminution de volume de la tumeur était autre ; et en effet nous avons rencontré à l'opération une certaine quantité de sang épanché, dont une partie a dû être réduite. Faut-il accuser mes manœuvres d'avoir provoqué cet épanchement ? je puis déclarer catégoriquement que non, pour cette raison que le sang qui s'est offert à notre observation n'avait aucune des qualités du sang frais. C'était donc le résultat des premières tentatives opérées en ville.

Avant l'ouverture du sac, vous m'avez vu recueillir une certaine quantité du liquide herniaire que M. Nepveu a examiné, et il a constaté qu'il renfermait un très grand nombre de bactéries, conformément à ce que j'ai déjà avancé il y a plusieurs années. J'attache une très grande importance à ce fait qui peut nous conduire à des données thérapeutiques importantes. Les propriétés irritantes, pyrogènes de ce liquide avaient du reste été reconnues depuis bien longtemps, car Velpeau a dit que parfois il irrite même les doigts de l'opérateur. Il faut donc éviter à tout prix son contact avec le péritoine qui est si susceptible, et c'est là ce qui m'a fait apporter au manuel opératoire de la Kélotomie cette modification qui consiste à évacuer le liquide du sac et à désinfecter celui-ci avant de l'ouvrir.

Etant bien établi que ce liquide est sceptique, il est facile de comprendre toute l'importance qu'il y a à ne pas le mettre directement en contact avec des parties lésées du péritoine, soit pendant des manœuvres de taxis mal conduites, soit pendant l'opération elle-même. Vous avez vu malgré tout notre malade succomber à l'algidité quelques efforts que nous ayons tentés pour relever sa température.

Voici maintenant les conclusions que nous devons tirer de ces faits :

1o L'étranglement herniaire est plus particulièrement grave chez les sujets atteints d'anciennes affections des voies pulmonaires et intestinales parce qu'on observe presque toujours chez eux des phénomènes d'algidité.

2o Il est nécessaire, la première fois qu'on pratique le taxis, de s'entourer des précautions les plus capables d'en assurer le succès sans maltraiter le péritoine, et d'éviter l'épanchement de liquides qu'on peut toujours considérer comme septique.

3o Avant d'ouvrir le sac, il est indispensable d'en évacuer le liquide et d'y pratiquer des injections antiseptiques.

4o Dans les cas d'algidité. il faut, après la Kélotomie, relever les forces du malade par un traitement approprié, relever sa température à l'aide des injections hypodermiques d'éther, traiter la congestion pulmonaire par les stimulants, la potion de Todd, les ventouses, etc.—*Le siècle Médical.*

—

De la thoracentèse chez les enfants *par le* Dr Ch. West.— Le célèbre médecin des enfants anglais vient de publier dans *Nice médical,* un travail intéressant que nous croyons devoir résumer ;

M. West fait d'abord remarquer qu'il est réellement important que l'enfant reste immobile pendant tout le temps de l'opération, ce qui serait absolument impossible s'il était effrayé par les préparatifs ou par la douleur de la ponction, qu'il lui fait toujours respirer du chloroforme d'avance; il ajoute qu'il fait de même dans la trachéotomie, et non seulement pour que l'enfant se tienne tranquille, mais pour lui éviter la peur, l'anxiété, la détresse morale, qui, seraient inévitables, et pour le maintenir dans de bons rapports avec le médecin, ce qui ne serait guère possible, si au lieu de le regarder comme son ami il le considère comme la cause de ses souffrances. Quant à la question de savoir s'il faut vider la cavité pleurale complètement ou seulement l'évacuer partiellement, il s'est toujours accoutumé à la vider aussi complète-

ment que possible, avec la seule précaution d'enlever l'instrument dès qu'il voyait le sang se mêler au liquide. C'est de l'appareil Dieulafoy qu'il se sert habituellement.

La position où il fait la ponction est dans la cinquième ou sixième *intérespace*, et à peu près à deux pouces en dehors du mamelon. Même dans les cas où l'œdème de la peau et l'amincissement des téguments indiquent que l'empyème va se frayer un passage à l'extérieur, M. West ne choisit jamais de préférence cet endroit pour y faire la ponction. Presque toujours la nature fait l'ouverture entre la troisième et la quatrième côte : position trop haute pour que la cavité puisse se vider complètement. Il faut ajouter que, si l'on se sert de cette ouverture, elle a une grande tendance à rester fistuleuse, vu l'ulcération préalable de la plèvre et la condition morbide de la peau. Même quand il est absolument nécessaire d'ouvrir le thorax dans la position où l'empyème va se faire jour, pour éviter l'ulcération des téguments, il faut toujours faire une seconde ouverture plus basse dans la situation ordinaire, et tâcher de fermer la première, en laissant ouverte celle d'en bas.

Chez l'enfant, lorsque l'épanchement est purulent, il arrive souvent que la plaie ne se referme pas, et par suite de la grande élasticité des parois du thorax, le liquide s'échappe facilement, et la cavité se vide sans qu'il soit nécessaire d'y introduire soit une canule, soit un tube en caoutchouc. Lorsqu'il ne compte pas que la plaie se ferme, il applique immédiatement après la ponction des cataplasmes de farine de lin pendant vingt-quatre heures. Ensuite, sitôt que le liquide ne coule plus très abondamment, il se sert comme pansement de l'étoupe goudronnée, ce qui empêche surtout que le liquide se décompose et devienne fétide.

Quand on voit que la plaie extérieure va se refermer, quoique la sécrétion purulente continue, M. West plie un petit fil double d'or, dans la forme de la lettre T majuscule, et l'introduit dans la plaie, de façon à ce que la ligne perpendiculaire entre dans le thorax, et que la ligne horizontale reste à l'extérieur. Quelques fois cependant, il ne suffit pas d'une seule ouverture pour que la cavité se vide complètement. Dans ce cas, il devient nécessaire de faire une seconde ponction, et d'y introduire un tube en caoutchouc pour établir ce que l'on appelle " drainage " de la cavité pleurale.

Cette seconde ouverture doit être faite alors deux ou trois intérespaces plus bas, ce qui facilite beaucoup l'écoulement du liquide ainsi que les lavages qui sont faits avec l'acide phénique (1 pour 40). Si les enfants sont trop récalcitrants et difficiles à panser, on peut les plonger dans un bain phéniqué. —*Le Médecin Praticien.*

Enfant atteint d'un double pied bot varus équin des plus considérables, déjà opéré sans succès par un autre chirurgien, guéri radicalement par M. JULES GUÉRIN.—L'illustre académicien présente de nouveau à ses collègues l'enfant qu'il avait présenté il y a quatre mois, atteint à cette époque d'un double pied bot varus équin des plus considérables et qui avait été opéré sans succès par un autre chirurgien.

Pour M. Jules Guérin ce fait était un exemple de l'insuffisance des méthodes en usage pour remédier à l'adduction considérable de l'avant-pied et à l'enroulement du pied qui constituent les deux principaux éléments du varus équin.

En effet, on se bornait presque toujours à couper le tendon d'Achille, et les sujets conservaient après l'opération une adduction extrême de l'avant-pied. Or, pour faire disparaître cet élément qui avait persisté chez cet enfant, M. Jules Guérin a eu recours à la section des jambiers antérieurs et postérieurs, à celle des longs et courts fléchisseurs des orteils.

Indépendamment de ces opérations complémentaires, M. Jules Guérin a été obligé de refaire la section des tendons d'Achille en deux points différents, au-dessus et au-dessous du siège des précédentes opérations. Ces dernières, ayant été pratiquées sans les précautions prescrites par la vraie méthode sous-cutanée, avaient été suivies de suppuration, ce qui avait déterminé des adhérences cicatricielles des parties.

Aujourd'hui, toutes ces complications ont disparu, et les deux pieds se présentent avec une régularité parfaite.

Il est à noter que le fait de la rétraction musculaire, comme cause du pied bot, continue à être inscrit après la disparition de la difformité, dans la forme particulière du mollet, lequel reste court et élevé en contraste avec la longueur disproportionnée du tendon d'Achille.

—

Indications de la pleurotomie.—Malgré les nombreux travaux dont elle est si souvent l'objet, l'opération de l'empyème est toujours discutée et ses indications constituent pour la pratique un des points les plus délicats sur lesquels le médecin puisse avoir à prendre une décision. Aussi lira-t-on avec beaucoup de fruit l'excellent travail de M. A. Robert, qui s'est efforcé de préciser les cas de pleurésie purulente dans lesquels l'intervention chirurgicale est indiquée. On est loin maintenant du temps où Corvisart pouvait dire que l'opération dans le pyo-thorax procure même rarement un soulagement éphémère et qu'elle hâte dans tous les cas la mort des malades.

M. Robert, qui a étudié plus particulièrement la question dans le service de M. Bucquoy dont il était l'interne, est partisan au contraire d'une intervention en général hâtive, et c'est à cette condition que beaucoup de malades peuvent être sauvés. Il examine d'abord les cas dans lesquels la collection purulente vient faire saillie à l'extérieur; ici, pas de discussion possible, c'est l'empyème de nécessité, car la fistule qui se formerait est toujours insuffisante; mais une ponction ne suffit pas; il faut faire une large ouverture. M. Robert conseille de faire cette incision au point même où se fait la saillie, car une ouverture plus déclive n'empêcherait pas une fistule supérieure de se former.

La seconde question qui se présente est la suivante: lorsque des accidents inflammatoires se produisent sur le trajet de ponctions antérieures ou autour d'une canule placée à demeure, l'opération est-elle indiquée? A cela M. Robert répond que si l'état général est bon et que le cas ne soit pas pressant on peut essayer d'abord la dilatation de l'orifice et les lavages; mais si la sortie du pus est difficile et par conséquent intermittente, si la fistule est tortueuse, on fera bien alors de ne plus hésiter et de ne pas attendre que le pus prenne de l'odeur sous l'influence de la pénétration de l'air dans la cavité pleurale où il va stagner; on fera bien surtout de ne pas attendre les phénomènes généraux qui d'ailleurs ne tardent guère à survenir dans ces conditions d'infection et l'on ne craindra pas de pratiquer une incision largement ouverte et suivie des précautions d'usage en pareil cas. Mais s'il est important d'opérer de bonne heure, il faut savoir qu'il n'est jamais trop tard pour intervenir.

Les cas où le pus trop épais, ou chargé de particules solides ne s'écoule que d'une manière insuffisante indiquent également l'empyème à l'exclusion de tous les autres moyens qui ne sont que des palliatifs; il en est de même de la fétidité du pus qui commande impérieusement l'intervention par le bistouri; une remarque importante est cependant ici nécessaire: c'est que l'asphyxie ne doit pas être considérée comme une indication de l'incision intercostale; lorsque dans une pleurésie purulente, la dyspnée, dépendant de l'abondance du liquide est telle qu'il y a urgence d'agir, il ne serait ni sage ni prudent de désemplir la cavité pleurale aussi brusquement que le fait l'opération de l'empyème: on devrait alors, ou bien faire la ponction avec le trocart, ou fonctionner avec le bistouri, et laisser s'écouler le liquide lentement avant de prolonger l'incision.

Il y a des faits extrêmement rares dans lesquels la cavité

pleurale renferme à la fois des liquides et des gaz sans qu'il y ait fistule pulmonaire : ces gaz sont le produit de la décomposition des liquides épanchés malgré toute absence du contact de l'air. M. Robert a observé un de ces pneumo-thorax dans le service de M. Bucquoy; or il ne paraît pas douteux que la pleurotomie soit alors indiquée. Il est plus difficile de préciser la conduite à tenir dans le cas où il y a fistule pulmonaire en même temps que pneumo-thorax; on peut essayer des changements de position comme l'a fait M. Raynaud, des ponctions simples, et patienter si la situation paraissait s'améliorer, mais on doit recourir à l'opération si l'état général s'aggrave ou même si la position reste longtemps stationnaire. La même règle de conduite est applicable pour les cas où la fistule bronchique existe, sans qu'il y ait pneumo-thorax, alors même que les vomiques vident de temps en temps le plèvre. L'expectation ne doit alors jamais être trop prolongée. En tous cas, lorsque l'on fait des lavages dans ces cas de pleurésie avec fistules bronchiques, il convient, suivant le conseil de Dupuy, d'éviter de faire usage de substances irritantes et volatiles qui peuvent provoquer des quintes très pénibles et même parfois des accidents plus graves d'origine probablement réflexe.

Reste enfin la question de la pleurésie purulente simple, c'est-à-dire de celle qui ne se complique d'aucun des accidents qui viennent d'être étudiés. Voici à cet égard comment M. Robert résume la discussion à laquelle il s'est livré. Dans les pleurésies purulentes simples il met au premier plan les dimensions du kyste pleural C'est une question qu'on ne saurait négliger en discutant l'opportunité de l'empyème ; dans de grands épanchements renfermant 1,800 et 4,000 grammes de liquide ou plus, on s'efforcera par des thoracentèses répétées ou par les divers procédés connus des lavages, de réduire autant que possible le volume de la cavité en suppuration. La pleurotomie viendra souvent achever une guérison trop lente à se confirmer; on ne comptera pas absolument sur l'opération qui peut elle-même rester inefficace dans ces cas.

Dans les pleurésies moyennes fournissant de 800 à 1,800 grammes de pus, si après deux ou trois ponctions aspiratrices, le mouvement de réduction du kyste pleural tarde à se dessiner, il y aura lieu de discuter l'utilité de la pleurotomie dans chaque cas particulier, en mettant en balance les conditions de force et de résistance du sujet, les qualités du pus, etc... Enfin, l'aspiration suffira dans la grande majorité des cas à assurer la guérison des épanchements de 800 grammes et au-dessous. Tous ces chiffres, il faut bien l'indiquer ici, ne-

sont d'ailleurs que des approximations auxquelles on ne doit pas attacher d'importance absolue.

Au point de vue des contre-indications, on peut dire que la pleurotomie n'en présente pour ainsi dire pas. Ni dans l'état général quelque grave soit-il, ni dans le fait d'une complication à moins qu'elle ne doive entraîner la mort à bref délai, il n'y a de motif suffisant d'abstention. La tuberculose pulmonaire elle-même qui pour beaucoup d'auteurs est une contre-indication à la pleuratomie ne doit pas être considérée comme telle, d'après M. Robert: ce que le médecin doit faire pour baser sa conduite, c'est s'efforcer d'apprécier autant qu'il est possible, le temps de survie réservé au malade s'il guérit de l'empyème; or on a vu très fréquemment l'opération réussir chez des tuberculeux qui ne sont morts que longtemps après, des suites de leur maladie primitive.—*Jour. de Méd. et de Chir.*

—

Luxation sous-coracoidienne traumatique récente, réduction par le procédé de douceur de Kocher (d'après une observation du Dr Gilbert Raymondaud, *Journal de la Société de Médecine et de Pharmacie* de la Haute-Vienne.—Dans la journée du 10 février 1881, entrait à l'hôpital de Limoges, salle St-Vincent, 11, service de M. le Dr Raymondaud, père, un homme de 26 ans, D...F..., chiffonnier, d'apparence robuste, de bonne santé et n'ayant, en particulier, jamais éprouvé de traumatisme.

La veille, à neuf heures du matin, occupé à charger de ferrailles un wagon sur le rebord duquel il se tenait debout, cet homme avait perdu l'équilibre, et, menacé de tomber à la renverse, il s'était, dans sa chute, accroché par la main droite au rebord du wagon. Grâce à ce point d'appui, il était tombé sur les pieds, mais au prix d'un mouvement de torsion si brusque de l'épaule droite, qu'il avait senti dans cet article un violent craquement, et qu'en se redressant il avait le bras douloureux, pendant et immobile; il ne pouvait faire que de petits mouvements de l'avant-bras.

Un témoin de l'accident offrit du secours; sa propre femme avait eu récemment une grossesse gémellaire, circonstance qui, on ne s'en serait peut-être pas douté, est réputée donner des capacités chirurgicales. Le blessé souffrit beaucoup et garda sa blessure.

L'examen fut fait à l'hôpital à la visite du 11, 48 heures après l'accident; la lésion était une luxation sous-coracoïdienne complète.

Après avoir laissé un des assistants faire une tentative restée infructueuse de réduction par le procédé de Mothe, et avant d'en venir à la traction, le chef de service voulut bien m'autoriser à essayer devant lui le procédé de réduction imaginé par le professeur Kocher.

En moins d'une minute, la luxation fut réduite avec une facilité qui surprit les assistants et le malade prévenu contre toute manœuvre opératoire par les douleurs qu'il avait précédemment éprouvées.

Malgré son excellence, ce procédé est fort peu connu. Kocher publia ses recherches et ses résultats dans un travail écrit en allemand, sous le titre de : " Nouveau procédé de réduction des luxations sous-coracoïdiennes, Berliner Klinische Wochenschrift, 1870." Cet essai ne s'étendit pas sans doute plus loin que le journal où il avait été consigné, car huit ans plus tard, en 1878, M. Ceppi, prenant à tâche de vulgariser le procédé de son maître, constatait que le silence le plus complet avait régné jusqu'à ce jour sur sa découverte.

Ce procédé est le type parfait des procédés de douceur. Le professeur bernois ne s'occupe pas de la résistance musculaire, ne tient compte que de l'état des parties lésées par la luxation, de la position nouvelle des surfaces articulaires, et il cherche à ramener par la voie toute tracée qu'a faite le traumatisme, la tête déplacée dans sa cavité normale.

En somme, la tête humérale est déplacée, par rapport à sa position normale, en dedans, en avant et en bas maintenue dans cette situation vicieuse par des débris fibreux dont le plus puissant est le fragment supérieur de la capsule. Il faut faire cheminer la tête d'abord en dehors, puis en arrière et en haut, après l'avoir mobilisée, c'est-à-dire après avoir détendu les brides fibreuses.

En rapprochant le coude du tronc dont il est écarté, on imprime à l'extrémité supérieure de l'humérus une sorte de mouvement de bascule qui le porte en dehors, la dégage de la pression de l'apophyse coracoïde, et en même temps modifie la direction de la traction exercée par le deltoïde. Rendu mobile par cette manœuvre, l'humérus peut obéir à un mouvement de rotation en dehors qui détord et qui détend par conséquent les brides de la capsule. Voici quelle est alors la situation : le bourrelet glénoïdien est situé entre la partie la plus postérieure de la grosse tubérosité et la surface articulaire ; il faut profiter de cette rainure pour faire glisser l'une sur l'autre les deux surfaces, celle du moins qui est mobile, l'humérus, en l'élevant. Dans ce but, le coude est porté en avant et poussé de bas en haut. Enfin, lorsque les deux surfaces sont au même niveau,

il ne reste plus pour rétablir complètement le rapport qu'à ramener un peu en dedans la surface humérale.

Il convient maintenant de reporter ces données sur le malade pour tracer rapidement la succession des mouvements de réduction.

Le malade est assis sur une chaise, de façon que l'épaule luxée soit complètement en évidence.

Un aide, dont l'action est commode, mais non indispensable, fixe l'omoplate en appliquant les pouces sur le moignon de l'épaule et la face palmaire des doigts sur chacune des parois auxiliaires.

Le chirurgien se place du côté du blessé, un genou en terre.

1° Il rapproche graduellement le coude du tronc, l'y applique et l'y fixe avec le pouce de la main gauche, tandis que l'index passé au-dessous le soutient doucement. (Ces indications se rapportent à mon malade qui avait l'épaule droite luxée).

2° De la main droite il saisit la main du côté blessé, met l'avant-bras à angle droit sur le bras et le porte en dehors par un mouvement très lent, jusqu'à ce qu'il sente une résistance ou que le malade accuse une sensation de tiraillement dans le coude. L'avant-bras fait alors à peu près un angle droit avec le plan latéral du corps.

3° Le chirurgien porte alors le coude en avant en le faisant glisser au contact du tronc qu'il ne doit pas quitter, et appuie plus fortement de bas en haut, de façon que la diretion de la pression supportée par l'humérus est de bas en haut et d'avant en arrière.

4° Enfin il ramène lentement l'avant-bras en avant et relève la main jusque sur l'épaule saine.

Ces mouvements doivent être exécutés rigoureusement dans l'ordre précédent, avec une grande lenteur, avec une allure uniforme, sans secousses ni brusquerie. Il est inutile de laisser aucun intervalle entre ces différents temps. La manœuvre entière doit durer de quarante à cinquante secondes. Le chirurgien ne doit faire aucun effort, le blessé ne doit éprouver aucune souffrance.

Il est bien vrai de dire, en résumé, qu'aucune manœvre ne peut mieux réaliser le type du procédé de douceur. Les avantages sont évidents d'eux mêmes.

Je voudrais pouvoir répondre avec l'autorité de l'expérience à la première question qui va se présenter : Ce procédé réussit-il toujours ? Kocher et Ceppi l'affirment. Je n'ai eu l'occasion de faire qu'un très petit nombre d'essais. Ceux que j'ai faits ou vu faire dans les conditions exactement préci-ées par l'auteur ont toujours réussi. Mais souvent on veut faire donner à un

procédé plus qu'il n'avait promis, en tirer de nouveaux avantages. J'ai toujours vu ces tentatives être inutiles, et je crois, enfin, que le succès ne manquera pas à ceux qui ne s'écarteront pas des indications formulées par M. Ceppi, d'une façon concice et précise, en appliquant le procédé de Kocher exclusivement "aux luxations sous-coracoïdiennes traumatiques, simples et récentes.—GILBERT RAYMONDAUD.—*Le Praticien.*

OBSTÉTRIQUE ET GYNÉCOLOGIE.

Des accouchements sans douleur ou de l'anodynie obstétricale par le chloroforme et spécialement par le bromure d'Ethyle.—Depuis quelques années je me suis occupé de la question si intéressante, si utile et si avantageuse, des accouchements sans douleur, d'abord à l'aide du chloroforme et plus tard à l'aide du bromure d'Ethyle.

Cette opération est pratiquée depuis plus de vingt ans avec succès en Angleterre au moyen du chloroforme; Simpson publia les premiers faits et fut bientôt suivi dans cette voie par d'autres accoucheurs français, Roux, Chailly, Stolz, etc.

Cette méthode d'abord bien acceptée en France, n'a rencontré plus tard qu'un accueil peu sympathique, tandis qu'en Angleterre et surtout en Amérique, toutes les femmes indistinctement, riches ou pauvres en réclament le secours bienfaisant.

Cela démontre, il faut l'avouer, que nos femmes ne se rendent pas encore bien compte des services que peut leur rendre l'emploi du chloroforme et surtout du bromure d'Ethyle, dans la parturition, cette pratique dont on ne s'est pas encore beaucoup occupé en Lorraine, sera peut-être longtemps paralysée chez nous par des idées fausses, par la peur, par des préjugés injustes, par l'indifférence de beaucoup de médecins, et surtout par la routine.

Quant à moi, je suis partisan déclaré de ce procédé, et convaincu que, plus tard, dans un certain nombre d'années, l'usage en sera général dans notre pays; si quelques sages-femmes et quelques confrères s'y opposent encore, les femmes alors en imposeront l'emploi à leur accoucheur.

Aujourd'hui, pas un docteur ne refuse le bienfait des anesthésiques à un individu qui doit subir une opération (que de fois je les emploie pour l'extraction d'une dent, ou l'ouverture d'un panaris et toujours, lorsque je me sers du cautère actuel,

je me laisse guider par la sensibilité du malade, par la crainte que lui inspire l'opération, et par son ferme désir d'être soustrait à toute douleur, mais il faut le dire, je ne cherche qu'à atteindre, dans ces cas, que l'Ethérisation animale et non l'éthérisation organique: pourquoi le refuser aux pauvres femmes en couches, qui certes endurent pendant de longues heures des douleurs très violentes, tout au moins égales à celles qui accompagnent les opérations chirurgicales, douleurs concassantes qui conduisent souvent aux convulsions et par suite à la mort.

Dès le début de mes essais, je n'avais pas compté sur l'obstacle le plus sérieux, la jalousie de quelques sages-femmes (peu instruites et malveillantes, mais c'est le plus petit nombre heureusement) qui en m'entendant parler de l'administration de bromure d'Ethyle dans les accouchements normaux, d'accouchements sans douleur, supposèrent immédiatement que je voulais les supplanter, leur enlever leur clientèle, et loin d'exciter les jeunes femmes surtout, à se faire accoucher par ce procédé, les en détournèrent, prétendant qu'il n'était pas possible d'accoucher sans douleur, ou bien encore leur faisant entendre qu'elles étaient exposées aux plus grands dangers. Aujourd'hui, si, malgré l'une de ces sages-femmes (car jamais je ne refuse leur concours dans un accouchement), j'use du chloroforme ou du bromure d'Ethyle, je suis certain que tous les accidents des suites couche, étrangers à cet agent, me seront souvent attribués, soit par la sage femme soit par le public. (La dame G... de Dolcourt, dont je donne l'observation, vint me trouver à Colombey, quelque temps après son accouchement et me fit voir une mauvaise dent, dont elle souffrait depuis longtemps; le public avait mis sur le compte du bromure d'Ethyle, les douleurs et la fluction dont elle était atteinte; heureusement elle ne fit qu'en rire.)

Mais me dira t-on, pourquoi employer le bromure d'Ethyle qui est plus rare et coûte trois fois plus cher que le chloroforme ? quels avantages présente t-il ?

Il m'est facile de répondre à cette objection.

1o Le bromure d'Ethyle est plus rare, parce qu'on l'emploi peu jusqu'ici (en Angleterre 40 fr. le kilog., en France, à Paris, car je n'en ai trouvé que là, 50 fr. le kilog.) Dans dix ans on se le procurera dans toutes les pharmacies, à 12 ou 15 fr. comme le chloroforme.

2o Le bromure d'Ethyle offre, je crois, cet avantage sur le chloroforme: c'est qu'à volume ou poids égal, il donne chez la femme en couche qui le respire, une persistance plus prolongée de l'intelligence, de la vue, de l'ouïe et, enfin, de la

conscience tout en supprimant la sensibilité de l'utérus en lui laissant sa contractilité comme celle de tous les muscles respiratoires. Les femmes conservent le pouvoir de répondre aux questions qui leur sont adressées, de là suppression de cet accident fréquent appelé avalement de la langue, si l'on a soin de ne pas pousser l'anesthésie jusqu'à la période chirurgicale et cette conservation permet, non-seulement les efforts utiles en vue de l'accouchement, mais donne à l'accoucheur une grande tranquilité d'esprit.

Avec un peu d'habitude on maintient la malade, aussi longtemps qu'on le veut, dans cet état rassurant.

Ces propriétés du bromure sont très importantes dans les accouchements que nous pratiquons, car à la campagne, chacun le sait, nous ne sommes accompagnés généralement que d'une sage-femme ou quelquefois d'une personne quelconque, recrutée dans le voisinage, quelquefois d'une parente ou d'une amie qui ne fait que pleurer en entendant les plaintes et les cris de la patiente et ne nous aide en aucune façon.

En ville, c'est différent; comme pour pratiquer une opération chirurgicale importante, on se fait assister d'un confrère qui se charge alors de l'administration du chloroforme, surveille le pouls et les autres organes pendant le sommeil anesthésique.

3o Le Bromure d'Ethyle, administré sagement, produit très vite une légère résolution musculaire, sans période d'excitation; je le donne assez abondamment dès le début, versé sur un large mouchoir de poche non déplié, placé à 2 ou 3 centimètres de la face; seulement à chaque inspiration, je rapproche ou j'éloigne le mouchoir de façon à laisser entrer de l'air pur alternativement avec des vapeurs de bromure, et j'engage alors la malade à respirer à pleins poumons. Il provoque rarement ces bourdonnements d'oreilles, ces suffocations, ces éructations et ces vomissements si fréquents, à la suite de l'administration du chloroforme ou de l'éther; la femme reste calme, les yeux souvent entr'ouverts, quelquefois fermés. Elle accuse une tendance au sommeil, mais elle y résiste facilement, avec un peu de bonne volonté, d'ailleurs j'ai l'habitude de lui adresser de temps en temps une question à laquelle elle répond volontiers.

En tout cas, si l'on pousse l'anesthésie jusqu'à la période chirurgicale, le réveil se fait rapidement et sans malaise, les modifications psychiques persistent moins longtemps. En outre il existe du côté des yeux une modification importante, un changement assez accentué dans la contraction de l'iris, qui pourrait effrayer l'accoucheur, s'il n'était pas prévenu de ce fait, je veux parler de la demi-dilatation de la pupille.

Le Bromure d'Ethyle a une odeur presque analogue à celle de l'éther, mais on le distinguera facilement de ce dernier liquide en ce qu'il s'enflamme très difficilement; pour moi je n'y suis pas parvenu; c'est là un certain avantage, lorsqu'on s'en sert pendant la nuit, dans le voisinage d'une lumière.

Je rapporterai ici une de mes dernières observations, parce qu'elle est concluante, la malade n'ayant ressenti absolument aucune douleur.

Dans le mois de mars 1881, je suis appelé à 10 heures du matin près de la dame G .. de Dolcourt, mère de deux enfants du sexe féminin; je trouve là, madame T... sage-femme à S... (femme instruite et très intelligente) qui m'assure que chaque fois l'accouchement a été facile—je touche—présentation du sommet, position occipito-iliaque gauche postérieure, les douleurs ont commencé à se faire sentir vers sept heures du matin et le travail marche régulièrement—tout me fait espérer que la délivrance ne se fera pas attendre. Mais au moment où le col doit se compléter et le tête s'engager, les douleurs très vives se font sentir, aussi la malade réclame-t-elle le Bromure d'Ethyle. Après quelques inspirations vigoureuses, les douleurs cessent et la figure reprend son aspect ordinaire: à chaque nouvelle contraction que la dame G... m'annonce elle-même, je verse quelques gouttes de Bromure sur le mouchoir et la gaieté renaît en même temps que le pouls s'accélère:—légère coloration des pommettes—pas de sueurs.

"Oh! que je suis heureuse, me dit la malade, ne vous éloignez pas et redonnez-moi de *ça*."

A mesure que la sensibilité disparaît, les douleurs sont plus fréquentes et la contraction plus énergique: cependant vers midi l'expulsion ne pouvant pas se faire, vû le volume de l'enfant, je me décide à appliquer le forceps.

Nouvelle dose de bromure, environ une cuillerée à café: l'application de l'instrument se fait sans difficulté ni douleur,—je cause avec la patiente, qui répond franchement à toutes mes questions et, après quelques tractions assez énergiques, je mets au monde une grosse fillette, bien portante, que je présente à la mère, toute étonnée de la voir et de l'entendre crier, ne se doutant pas que l'opération était terminée. Pour la délivrance, faite dix minutes après, je redonne une nouvelle dose, toujours sur la demande de la malade, et la sortie du placenta se fait également sans douleur.

Six jours après, elle était sur pied, parfaitement rétablie, et vingt jours après elle faisait 14 kilomètres à pied pour venir à Colombey.

Jusqu'ici peu de femmes dans notre pays, malgré notre avis,

consentent à se laisser administrer le bromure d'Ethyle, les unes parce qu'elles n'ont pas foi dans l'insensibilité que je leur promets, se rappelant sans doute les paroles de l'Ecriture sainte, quand Dieu dit à Eve en le chassant du paradis terrestre: "Tu enfanteras tes fils dans la douleur.—*Parturies in dolore.*"

"Il y aura bientôt deux ans déjà, dans une réunion de quinze ou seize confrères du département des Vosges, je soulevai la question des accouchements sans douleur, et plusieurs d'entre eux me répondirent que la souffrance était un phénomène naturel et nécessaire dans les accouchements, et que d'ailleurs, la femme avait été condamnée par Dieu à souffrir en mettant au monde ses enfants, que nous devions respecter cet arrêt du créateur. L'un d'entre eux, le Dr Ch..., avait eu cependant l'occasion d'employer une fois le chloroforme chez une dame anglaise qui était venue faire ses couches à Neufchâteau et elle avait non seulement réclamé, mais exigé, l'emploi de cet anesthésique. Aucun accident ne s'en était suivi." Les autres, et c'est le plus grand nombre, parce qu'elles craignent, disent-elles, *d'y rester*,—mais qu'elles se rassurent, elles ne courent aucun danger, nous le voyons par l'avis unanime de tous les accoucheurs anglais, américains, sur plus de 2400 accouchements simples et sur 640 applications de forceps, on ne compte aucun décès maternel, il n'existe pas un seul cas de mort survenue pendant la chloroformisation d'une femme en travail.

Pas plus d'accidents consécutifs que d'accidents immédiats, avantages dus probablement, à ce que prétend un de mes confrères, à la loi de tolérance par spécificité, absolument comme un individu atteint de névralgie violente, ou d'un rhumatisme articulaire aigu, supporte une dose très forte de morphine ou d'un autre calmant sans en être incommodé. D'un autre côté ne savons-nous pas tous également que les douleurs physiologiques, sont enlevées plus facilement que les douleurs causées par des altérations pathologiques ou une opération quelconque.

Quant à moi, je n'hésite pas à croire que la congestion cérébrale produite par la douleur physiologique, entraîne nécessairement l'innocuité de l'anesthésique, les rares accidents survenus pendant les opérations chirurgicales où le chloroforme avait été employé étant dus à la syncope résultat de l'anémie cérébrale.

Avec cette *demie anesthésie*, les accouchements normaux sont plus rapides; loin de diminuer, comme on pourrait le croire, les contractions intérieures, elle semble les accélérer par le relâchement de certains muscles, et la femme une fois insensible sans qu'on le lui dise, se livre aux efforts d'expul-

sion les plus énergiques; sans le bromure, le travail dure beaucoup plus longtemps, et l'intervention chirurgicale devient plus souvent nécessaire: aussi je suis d'avis qu'on devrait toujours l'employer dans les cas simples comme dans les cas de délivrance instrumentale, de version, d'extraction artificielle du placenta: car en supprimant la douleur, on place la femme dans des conditions entièrement favorables, la prolongation du travail et les douleurs exagérées épuisant les forces de l'organisme, sont souvent causes de complications (crises d'éclampsie) et d'accidents graves dans les suites de couche.

Les inhalations de bromure d'Ethyle peuvent avoir lieu pendant plusieurs heures sans inconvénient, et surtout si l'on se contente de diminuer l'acuité de la douleur: mais on peut également arriver sans danger aucun (je parle dans les accouchements) à la période chirurgicale en ayant soin de ne pas la dépasser. Il s'agit, pour l'opérateur, de reconnaître nettement la période de l'éthérisme qu'il cherche à produire et pour cela il doit connaître le *trépied physiologique*, découvert et si bien décrit par mon ancien et savant maître, M. le docteur Simonin, de Nancy,—je crois que c'est à l'observation des trois faits qui composent ce fameux *trépied physiologique;*

1o Insensibilité périphérique, notamment des tempes et de la cornée;

2o Serrement des mâchoires du trismus;

3o Demi-contraction de l'îris avec le bromure, contraction avec le chloroforme;

Qu'on peut attribuer les résultats heureux obtenus constamment dans les hôpitaux de Nancy, à la Clinique chirurgicale, où l'on suivait de mon temps, pour la chlroformisation, la méthode indiquée par ce savant professeur.

Conclusion.—J'emploie toujours le chloroforme et spécialement le bromure d'Ethyle dans les accouchements, sans exception, normaux ou anormaux :

1o Parce qu'il diminne ou supprime les douleurs de l'enfantement;

2o Parce qu'il n'a pas d'influence facheuse sur la santé de la mère pas plus que sur celle de l'enfant;

5o Parce que les accouchements se font bien plus rapidement ainsi que la délivrance (sortie du placenta) et l'intervention chirurgicale est moins souvent nécessaire;

4o Parce que les suites de couches ne reçoivent aucune modification fâcheuse, au contraire, convalescence plus courte et pas de complication, retour à la santé en très peu de temps.—*Le Concours Médical.*

Polypes de la matrice. — *Leçon clinique de* M le Dr HUBERT, *professeur à l'université de Louvain.* — La matrice peut être le siége de diverses tumeurs : polypes mous, muqueux, glandulaires, vésiculeux, fibreux ; tumeurs fibreuses, fibro kystiques, myomes, fibromes, hystéromes, etc. Nous n'entrerons pas dans les discussions d'anatomo-pathologie auxquelles ces néoplasmes donnent encore lieu et, nous plaçant au point de vue pratique, nous les diviserons en deux groupes : les *polypes muqueux* et les *polypes fibreux.*

1. POLYPES MUQUEUX. — Ce sont des excroissances qui prennent parfois naissance dans la cavité utérine, mais bien plus souvent dans le canal cervical. Composées de tissus aéolaire ou connectif imparfait, et imbibées d'un liquide albuminoïde, elles présentent parfois des aréoles très larges qui les ont fait prendre pour des kystes. Leur enveloppe très mince, formée par de l'épithéléon, est parcourue par de nombreux vaisseaux provenant de la muqueuse voisine. Habituellement pédiculées, elles finissent quand elles acquièrent un certain développement, par faire irruption dans le vagin où on les reconnait aisément au moyen du spéculum ou du doigt.

Inconvénients.—Ces productions peuvent causer une métrite hémorrhagique ou tout au moins entretenir la dysménorrhée, les ménorrhagies, la leucorrhée, donner lieu à tous les symptômes de la congestion utérine et amener des troubles généraux : dyspepsie, névropathies, chloro-anémie, etc.

Traitement. — Il consiste à enlever la production pathologique. A les râcler, les couper avec le bistouri ou les ciseaux, on s'expose à des saignements, faciles à réprimer, mais que nous préférons éviter en recourant à la torsion ou à l'écrasement linéaire. Lorsqu'elles sont petites et qu'elles siégent dans le canal cervical, il suffit souvent, pour les voir disparaître, d'introduire une éponge préparée, qui les écrase contre les parois en se dilatant.

2. TUMEURS FIBREUSES.—M. Sims a noté que sur 605 femmes qui avaient réclamé ses soins, 119 étaient atteintes de tumeurs fibreuses de la matrice. En raison de leur fréquence et de l'influence qu'elles exercent sur la santé générale de la femme, sur les fonctions utérines et sur la grossesse, elles méritent donc de fixer toute votre attention.

Caractères physiques. — Le volume des tumeurs fibreuses varie de la grosseur d'une tête d'épingle à celle d'une tête d'adulte, la plupart atteignent les dimensions du poing. Leur forme est arrondie, ovoïde quand elles se sont développées dans la cavité utérine qui leur a servi pour ainsi dire de moule ; elles sont bosselées ou lobées, quand elles ont subi une

constriction et très irrégulières quand elles ont rencontré des obstacles dans leur évolution ou qu'elles sont formées de plusieurs tumeurs agglomérées. Elles sont souvent multiples mais isolées et indépendantes les unes des autres.

Leur consistance est très dure mais élastique. Leur tissu crie sous le scalpel et laisse suinter à la pression un liquide ressemblant à la synovie. L'aspect de la coupe est d'un blanc brillant, nacré : on a comparé la surface de section à celle qu'on obtiendrait, si l'on coupait un peloton de fil figé dans de la cire. Habituellement les fibres concentriques sont enroulées autour d'un centre unique ; d'autres fois on découvre plusieurs noyaux différents entre lesquels il existe parfois des vacuoles remplies d'un liquide filant, blanc ou rosé.

Ces tumeurs se composent de deux éléments — avant tout de fibres fasciculées de tissu conjonctif — et de fibres cellules, hypertrophiées comme pendant la grossesse. Entre l'élément fibreux dominant et l'élément musculaire, on rencontre une substance amorphe, grisâtre, granuleuse, mais ni vaisseaux lymphatiques ou sanguins, ni filets nerveux.

Nutrition.—Ces fibro-myomes sont reliés au muscle utérin, à la séreuse péritonéale ou à la muqueuse, par du tissu cellulaire lisse et vasculaire qui envoie des prolongements entre les lobes.

Ce tissu lamelleux rend l'énucléation du néoplasme facile et l'on comprend que si la suppuration s'en empare, le fibrome peut se détacher spontanément.

Leur développement est très lent, les cellules centrales recevant les éléments nutritifs des cellules périphériques en rapport avec les sources. On en a vu qui pesaient 20 kilogr. ; on en a vu d'autres complètement incrustés de matières calcaires (*calculs utérins* des anciens).

Ces tumeurs peuvent-elles s'atrophier ? Il est certain qu'elles peuvent s'indurer et alors paraître diminuer de volume. Cet effet s'observe régulièrement sous l'influence de l'ergotine, mais lorsque l'on a obtenu ainsi une tumeur plus dure, plus nette et moins grosse, le retrait, qui n'est peut-être qu'un tassement des fibres, ne continue en général pas, malgré l'emploi continué du médicament.

La guérison de certains fibroïdes, quoique naguère encore contestée, dit M. Guéniot, doit être désormais regardée comme une vérité acquise. Est-elle précédée d'une métamorphose graisseuse ? Si oui, les substances réputées *stéatogènes* telles que l'arsenic, le phosphore, le plomb, etc., pourraient se trouver indiquées. Quoi qu'il en soit, ces tumeurs peuvent disparaître par expulsion spontanée et par destruction gangreneuse ou suppurative.

Les tumeurs *fibro kystiques* ou *fibro-cystiques* sont-elles des dégénérescences des fibro-myomes ou procèdent-elles des vaisseaux lymphatiques comme le soutient Kœberlé ? La question intéressante au point de vue pathogénétique, l'est beaucoup moins au point de vue pratique et, si la marche du fibro-kyste est moins rgulière et souveut plus rapide que celle du fibro-myome, nous ne croyons pas cependant devoir séparer la description de deux affections dont les principaux traits sont communs.

A un certain degré de développement, les fibro-kystes présentent des parois minces, friables et très vasculaires. Ils sont uniloculaires ou divisés par des cloisons incomplètes qui leur donnent un aspect aréolaire. Ils contiennent presque toujours un liquide rougeâtre et épais. On en a observé qui ne pesaient pas moins de 80 livres (Eustache). Leur base d'implantation est habituellement fort large et contient des vaisseaux volumineux.

Pour faire l'histoire des fibromes utérins, nous croyons utile de traiter séparément de ceux qui se développent sur le *col* et de ceux qui ont leur point de départ dans le *corps* de la matrice.

1o. *Fibrome du col.*

Nous nous occuperons d'abord de ceux qui sont insérés sur le *museau de tanche*. Ils apparaissent parfois à la vulve — ou bien on peut les découvrir au moyen du spéculum ordinaire, ou mieux, de la valve de Sims ; ils ont généralement un aspect rosé. Au toucher, ils présentent une tumeur d'une dureté cartilagineuse, élastique, arrondie ou marronnée, présentant souvent l'apparence du col qui n'aurait pas d'ouverture. Il n'est pas toujours facile d'arriver à leur lieu d'implantation et cela importe cependant 1o. pour reconnaître s'ils sont pédiculés ou sessiles ; 2o. pour savoir s'ils ne viennent pas, grâce à un long pédicule, de plus haut, de la cavité utérine elle-même.

Inconvenients.— Corps étrangers, ils provoquent des irritations, des hypersécrétions dans le vagin et des congestions utérines qui se traduisent surtout par des hémorragies ; ils gênent le coit, rendent la fécondation plus difficile, troublent la grossesse et peuvent amener l'avortement ou apporter des obstacles à l'accouchement. Froissés ou écrasés par le passage de l'enfant, ils peuvent devenir, pendant les couches, la source des plus graves dangers. Par leur volume, ils peuvent comprimer les organes voisins, la vessie, le rectum, déplacer la matrice, et amener des troubles digestifs et nerveux.

Les inconvénients de ces excroissances fibreuses du col sont donc nombreux et d'une nature assez sérieuse pour réclamer

l'intervention chirurgicale; il est heureux que si l'opération est parfois difficile à exécuter, elle ne soit cependant presque pas dangereuse à subir.

Les procédés opératoires sont: la *torsion*, applicable seulement aux pédicules fort longs et grêles — l'*excision* par le bistouri, les ciseaux (1), les polypotomes: elle expose à des hémorragies — et l'*étranglement* du pédicule par une ligature ou par la chaîne de Chassagnac. Quelques chirurgiens, après avoir lié le pédicule, laissent la tumeur tomber en gangrène: pour mettre la femme à l'abri de l'hémorragie, facile à arrêter du reste par le perchlorure de fer ou le tamponnement, ils l'exposent aux désagréments et aux dangers d'une putréfaction, qui marche vite dans le vagin. L'écrasement et l'enlèvement doivent donc se faire en une même séance. Chez les femmes qui ont eu des enfants et qui ont les ligaments suspenseurs de la matrice lâches, nous n'avons jamais rencontré de difficultés ni observé d'inconvénients à abaisser l'utérus. Pressant d'une main sur l'hypogastre et tirant prudemment de l'autre sur le polype, nous amenons sans peine le pédicule jusqu'à l'entrée du vagin et, dès que la chaîne de l'écraseur est bien appliquée, nous laissons l'organe remonter à sa place. Nous ne croyons pas que cette pratique présenterait des dangers chez une femme vierge. Cependant, pour ne pas tirailler les ligaments, nous préférons chez elles recourir à nos pinces porte-ligatures, imaginées surtout en vue des polypes *intra-utérins*, et sectionner par une ficelle le pédicule sur place au haut du vagin. Ces pinces nous paraissent d'un emploi plus simple et plus sûr que les porte-ligatures d'Herbiniaux, de Levret, de Desault, de Mayor, de Niessen et de M. Senny.

Mais le volume de la tumeur peut être tel qu'il soit nécessaire pour l'extraire d'en enlever au préalable des segments. Le plus gros que M. Sims ait rencontré avait les dimensions d'une tête de fœtus et pouvait passer. Il va de soi que l'extraction d'une telle tumeur est soumise aux mêmes lois et exige les mêmes précautions que l'extraction de la tête de l'enfant par le forceps au moment de l'accouchement. Nous avons enlevé en 1878 un fibrome qui remplissait toute l'excavation, s'élevait jusqu'à l'ombilic, avait distendu énormément le vagin et refoulé la matrice en haut. Il ne pouvait être question de le détacher de la lèvre antérieure du col à laquelle il adhérait par un pédicule court, gros comme le pouce: détaché nous n'aurions pu l'extraire. Nous l'attaquâmes par le forceps

(1) M. Warlemont a inventé des *ciseaux-pinces-himostatiques* qui pourraient être ici utilement employés (Acad. de méd., séance du 31 juil. 1881).

scie, entraînâmes d'abord le segment postérieur, puis l'antérieur et enfin nous saisîmes le pédicule dans une forte ligature et nous le sentionnâmes au-dessous. L'opération fut peu douloureuse et eut les suites les plus heureuses. Si nous n'avions pas réussi par le forceps-scie, nous aurions eu recours au transforateur modifié pour passer une double ficelle à travers la tumeur et la diviser par *séricission.*

Les fibromes développés dans les parois du col présentent la même histoire que ceux développés dans le corps même de la matrice et nous ne séparerons pas ces deux descriptions.

2o. *Fibromes du corps de l'utérus.*

Nous les diviserons d'après leur siége en fibromes *externes*, *interstitiels* et *internes*. La paroi utérine se compose d'un tissu propre, tapissé en dehors par le péritoine, en dedans par une muqueuse. Lorsque le fibrome naît au milieu du tissu propre il en refoule de tous côtés les fibres, mais reste enveloppé par elles. C'est le fibrome intrapariétal ou *interstitiel* proprement dit. Se développant du côté de la cavité utérine, il peut ne conserver que des rapports peu étendus avec le muscle, mais il soulève la muqueuse et est *sous-muqueux*; se développant de l'autre côté, il soulève la séreuse et est *sous péritonéal.*

(a) *Fibromes externes.* — Ces néoplasmes croissent dans la cavité abdominale et rencontrent peu d'obstacles à leur épanouissement, aussi acquièrent-ils souvent un volume considérable; ils sont souvent multiples et peuvent être sessiles ou pédiculés. Pendant la grossesse, ils croissent rapidement pour rétrocéder peudant les couches et parfois même disparaître complètement suivant ainsi l'hypertrophie et l'atrophie physiologique de la fibre utérine elle-même.

On cite des cas où de ces tumeurs pédiculées ont rompu leur point d'attache et son tombées libres dans le péritoine.

Ces fibromes se reconnaissent au palper et ont pour inconvénients d'amener, selon leur situation et leur poids, divers déplacements utérins, de causer des embarras de circulation, de gêner les fonctions des organes voisins. Pendant l'accouchement, s'ils sont sessiles et à large surface d'implantation, ils peuvent enrayer les contractions expulsatrices, occasionner des déchirures et gêner le retrait de l'organe après l'issue de l'enfant. S'ils font saillie dans le petit bassin, ils peuvent être comprimés, meurtris, et tomber ensuite en gangrène, accident grave puisque le péritoine est intéressé.

Traitement.—On a recommandé les fondants, l'iodure de potassium, les eaux de Kreuznach et surtout l'ergotine à l'intérieur et par la méthode endermique. Nous avons vu qu'on a recommandé aussi les substances stéatogènes, l'arsenic, le phosphore, etc.

Le moment le plus favorable pour obtenir la disparition d'un corps fibreux est celui qui suit les couches, puisqu'alors l'impulsion est donnée et qu'il existe un mouvement régressif spontané. Si ces tumeurs menaçaient la vie par leur volume, on pourrait se trouver obligé de les enlever par une opération comparable pour sa gravité à l'ovariotomie, lorsque le fibrome est pédiculé, beaucoup plus meurtrière s'il faut l'énucléer ou enlever en masse utérus et ovaires. Dans ce dernier cas, la mortalité en Amérique a été de 11 femmes sur 12. La statistique du professeur Storer est moins sombre: il a réuni 24 observations donnant 6 succès, mortalité 75 p. c. Péan a publié les résultats de 44 extirpations de l'utérus: 13 guérisons, 31 décès: mortalité 70 p. c. Il a pratiqué lui-même 9 fois la gastrotomie pour des tumeurs fibreuses et en a obtenu 7 guérisons, et d'après ce chirurgien heureux: "l'opération supra-vaginale n'est pas une opération plus dangereuse que l'ovariotomie compliquée d'adhérences.

b) *Fibromes interstitels.*—Ce sont peut être les pires.—Ils occasionnent les mêmes accidents, compressions, congestions hémorrhagies, déplacements, etc., que les autres et sont plus inaccessibles au traitement. Ils déforment la matrice et déplacent la cavité.— Nous connaissons un cas où une tumeur de ce genre, développée dans l'épaisseur du fond de l'organe, fut cause d'une présentation vicieuse de l'enfant et de la mort de la femme: le placenta était greffé sur la tumeur et après la délivrance elle empêcha la matrice de revenir sur elle-même et maintint béantes les ouvertures des vaisseaux déchirés.

Ces tumeurs se reconnaissent aux troubles variés qu'elles occasionnent et à l'examen direct par le toucher, le palper et la sonde utérine qui donne la profondeur et la direction de la cavité utérine.

Traitement.— Comme pour les fibromes externes: Combattre les accidents de compression et les hémorrhagies—tâcher d'enrayer la croissance ou même d'obtenir la régression du néophisme par l'ergotine. L'énucléation par l'intérieur est une tentative hardie que Baker Brown et Atlee ont réussie quelquefois; Marion Sims, jamais. Nous avons dit plus haut la gravité de l'hystérotomie. Dans les derniers cas que nous avons observé, nous avons remarqué dans le vagin une très-grosse artère. Nous nous demandons si la ligature de cette artère ne pourrait pas amener d'heureux résultats: nous l'essaierons.

c) *Fibromes internes ou sous muqueux.*— Le plus souvent implantés sur la face antérieure, ils prennent la forme de la cavité dans laquelle ils se développent et dont ils distendent

régulièrement les parois. Ils sont parfois sensibles ; nous en avons vu un qui adhérait au fond de l'utérus par une surface large comme une assiette. Mais le plus souvent il sont pédiculés et ce pédicule peut s'allonger considérablement à la suite des tiraillements qu'il subit lorsque l'utérus, réagissant contre le corps étranger, se contracte pour l'expulser. Il en résulte qu'on peut rencontrer le fibrome interne engagé dans le col et même dans le vagin.—Parfois même le pédicule se détache et la tumeur tombe. Si l'effort d'expulsion est insuffisant, le polype après s'être montré, rentre : polypes intermittents. Sous l'influence du poids du fibrome et des contractions, la matrice peut-elle subir un certain degré de renversement ? C'est ce dont il faudrait s'assurer par le palper abdominal avant d'attaquer la tumeur par des instruments ou des ligatures qui pourraient porter sur l'utérus. La conception est-elle possible ?—On prévoit les dangers dont elle s'accompagnerait.

Ces tumeurs occasionnent des phénomènes de congestion utérine, des compressions, des leucorrhées et surtout des hémorragies. Au moment où la matrice cherche à se débarrasser de son contenu la femme présente tous les symptômes de la fausse couche—le col s'entre-ouvre et c'est le moment de parfaire un diagnostic incertain jusque là. Le doigt ou la sonde utérine reconnait le point d'implantation. En outre, —et nous ne croyons pas que ce symptôme ait été signalé,— un large pédicule empêche les mouvements de torsion qu'on voudrait imprimer à la tumeur.

Traitement.—Combattre les accidents du côté des organes digestifs et des centres nerveux ; combattre les hémorragies et leurs suites,—tâcher d'enrayer le développement de la tumeur par l'ergotine, qui a au moins pour effet d'atténuer et de rendre plus rares les pertes sanguines. Si le fibrome est sessile, il présente à peu près les mêmes indications que s'il était interstitiel.—S'il est pédiculé, nous l'enlevons, au besoin, après la dilation artificielle du col, au moyen de nos pinces porte-ligatures.— (*Journal des Sciences médicales de Louvain*).—*Le Scalpel.*

—

Névralgies trifaciales traitées par le sulfate de cuivre ammoniacal.—Dans quatre cas de névralgie trifaciale j'ai employé le sulfate de cuivre ammoniacal recommandé par M. le Dr Fériol, et les résultats obtenus me font un devoir de faire connaître ces observations.

Le premier cas a pour sujet une femme de trente-deux ans,

affectée d'une névralgie trifaciale depuis sept ans. Cette névralgie se présentait sous forme de crises très violentes, qui, depuis quelque temps, se reproduisaient trois ou quatre fois dans les vingt-quatre heures. Pendant deux ans, j'ai essayé inutilement la quinine, l'arsénic, le bromure de potassium, l'aconitine, etc.

Le 20 mai 1879, connaissant la communication faite à l'Académie de médecine par M. le Dr Fériol, je lui fis suivre le traitement suivant :

Prendre en deux fois, dans la journée et chaque fois au moment des repas, la potion ci-après :

Sulfate de cuivre ammoniacal.....	0,15 cent.
Sirop de menthe.....	30 gr.
Eau distillée.....	100 gr.

Au bout de trois jours, les accès avaient diminué d'intensité et ne se représentaient plus qu'une fois dans les vingt-quatre heures. Je fis continuer le traitement pendant quatre jours encore, mais, au bout de ce temps, la malade se plaignit de douleurs d'estomac et de coliques accompagnées de diarrhée. Je diminuai alors la dose du sel de cuivre, et la restreignis à 0,10 centigr. par potion à prendre dans les vingt-quatre heures. A cette dose le médicament fut bien supporté, et, trois semaines après le début de ce traitement, la malade n'accusait plus aucune douleur.

En septembre de la même année, quelques accès reparurent, mais moins violents ; je fis reprendre le traitement pendant huit jours et les douleurs disparurent. Depuis cette époque, la guérison s'est maintenue.

Notons en passant que cette malade s'était fait extraire *neuf* dents en l'espace de quelques mois, attribuant ses souffrances à des dents cariées.

Le second cas a pour sujet une femme de quarante-deux ans. La maladie a débuté brusquement au retour d'un voyage. Les accès, très violents, éclataient toutes les trois ou quatre heures et duraient environ une heure. En présence de cette périodicité, je fis prendre à plusieurs reprises du sulfate de quinine (1 gr. en une dose), sans aucune amélioration.

J'eus alors recours au sulfate de cuivre ammoniacal, mais redoutant les vomissements chez cette femme très nerveuse, prévenu d'un autre côté par le cas précédent de l'action du sel sur l'estomac, j'employai la formule suivante :

Sulfate de cuivre ammoniacal.....	gr. x
Extrait de Valériane.....	gr. xv
Extrait de thébaïque.....	gr. ij.

Pour 12 pilules, 2 par jour.

Le premier jour, sédation marquée, un seul accès dans la journée et une autre un peu intense pendant la nuit, mais la malade se plaint de nausées fréquentes. Le second jour, un seul accès dans les vingt-quatre heures. Le troisième jour, calme complet.

Je fis continuer les pilules, à la même dose, pendant huit jours encore, et les douleurs ne se reproduisirent plus.

Le troisième cas a rapport à un homme de cinquante-quatre ans, souffrant depuis huit mois et ayant suivi plusieurs traitements. J'employai les pilules précédentes qui furent parfaitement supportées. Au bout de vingt jours les douleurs avaient disparu, mais il y eut deux rechutes dues à l'abandon prématuré du traitement.

Le quatrième cas concerne une femme de soixante-deux ans, atteinte d'asthme et souffrant de sa névralgie depuis plusieurs années. Les accès se présentent tous les huit ou quinze jours, ils sont d'une extrême violence et aucun traitement n'a pu les atténuer. Chez cette malade, le sulfate de cuivre ammoniacal à la dose de 0,20 centigr. par jour ne produisit aucun effet, mais, à la dose de 0,30 centigr. j'obtins une diminution sensible de l'intensité des douleurs et de la longueur des accès. J'essayai de dépasser cette dose, mais il se produisit des vomissements qui me forcèrent à m'en tenir à la pose précédente. En résumé, chez cette malade, il y a eu soulagement marqué, mais non guérison ; de plus, j'ai observé que, pendant qu'elle prenait ses pilules, les accès d'asthme étaient moins fréquents.

Enfin j'ai employé le sulfate de cuivre ammoniacal dans deux cas de sciatique, chez une femme de cinquante-deux ans et chez un homme de trente-sept ans. L'effet a été nul dans ces deux cas.

Pour terminer, qu'il me soit permis de présenter les observations que j'ai pu faire concernant l'action du médicament sur l'organisme.

Chez les trois femmes soumises au traitement, le sel cuivrique a déterminé quelques troubles du côté de l'estomac. Chez l'une, j'ai pu pousser la dose jusqu'à 0,30 centigr. sans déterminer de vomissements qui apparaissaient cependant dès que cette dose était dépassée chez toutes trois, il y a eu des nausées.

La potion donnée à la première malade lui répugnait en raison de sa saveur métallique ; l'emploi des pilules m'a paru préférable.

Chez les malades prenant chaque jour 0,10 cent. de sel, j'ai constaté à la fin du traitement un léger abaissement du pouls, ainsi que l'indique M. Féréol et contrairement à l'opinion de Gubler qui a noté une accélération de la circulation.

Chez la dernière malade j'ai constaté que les accès d'asthme étaient moins fréquents, et j'ai principalement observé une diminution marquée de la sécrétion bronchique.

L'action du sulfate de cuivre ammoniacal sur l'intestin ne paraît pas constant, ou, tout au moins, n'est pas la même chez tous les sujets, puisque, chez une seule des malades, il a déterminé de la diarrhée.

En résumé, malgré le petit nombre des cas que je signale, je puis dire que j'ai été frappé des bons effets du sulfate de cuivre ammoniacal dans la névralgie trifaciale, et surtout de sa rapidité d'action.—Dr Deligny, Membre correspondant de la Société de Médecine.—*Le Concours Médical.*

NOTES DE THÉRAPEUTIQUE.

Sur quelques préparations nouvelles d'iodoforme. —Le Dr H. C. Howard, Champagne (Illinois), recommande (*Physicians' and surgeons' investigator et London medic. record*) l'iodoforme surtout pour les chancres et chancrelles, herpès circiné, herpès zoster, du prépuce, granulations conjonctivales de la blennorrhagie. Il conseille plusieurs sortes de préparations peu connues.

Pour les chancres il conseille :

P. Iodoforme.....	100 parties poids.
Sucre de lait.....	200 parties
Acide thymique.....	1 partie

Mêlez et réduisez en poudre impalpable.

On lave puis on dessèche bien le gland. On remplit les ulcérations de la poudre ci-dessus, puis on en répand autour d'elles, puis on recouvre le tout d'un léger bandage. On répète les applications aussi souvent que la masse pulvérulente est imprégnée par l'écoulement. Ordinairement cela fait trois pausements pour les deux ou trois premiers jours, puis les jours suivants les pansements deviennent de plus en plus rares.

Dans les diffrentes formes d'herpès il emploie la préparation suivante : dissoudre :

Iodoforme.....	ʒi.
Essence d'eucalyptus.....	ʒiv.

Peindre les surfaces malades avec cette solution. Ordinairement deux ou trois de ces applications amènent la guérison.

Pour les granulations des paupières il applique avec un pinceau doux sur les paupières retournées, la poudre :

Iodoforme.....	1 partie.
Sucre de lait	5 parties.

Ordinairement on obtient avec ce topique et sans douleur la cure de lésions déjà anciennes.

Dans la blennorrhagie il emploie l'odoforme en suppositoires. Il conserve dans un pot une masse faite de la sorte :

Iodoforme finement pulvérisé	ʒss
Beurre de cacao	℥j

Il a une sorte de seringue d'argent à large ouverture avec piston très exact.

Il relève le piston de la quantité d'onguent nécessaire et plonge à plusieurs reprises le corps du piston dans le pot. Il finit par le remplir, puis il chasse le contenu de cette seringue dans l'urètre en ayant soin de le faire cheminer jusqu'à la partie malade.

Il emploie le même médicament pour les catarrhes de la cavité du col utérin. Il le chasse même jusque dans la cavité du corps.—*Journal de médecine et de chirurgie.*

—

Des préparations d'opium chez les enfants.—Tout en rappelant la susceptibilité particulière des enfants à l'égard de l'opium, M. J. Simon insiste sur l'utilité de cet agent dans la thérapeutique infantile, lorsqu'il est prescrit avec les plus grandes précautions, progressivement et à dose fractionnée.

La *décoction de tête de pavot* peut servir pour l'usage externe, mais il est très imprudent de l'employer à l'intérieur, car son dosage est mathématiquement impossible.

Parmi les préparations officinales les plus usuelles, se place en première ligne le *laudanum de Sydenham*, dont on donne une goutte par jour jusqu'à 1 an, deux gouttes jusqu'à 2 ans, puis, au-dessus de 2 ans trois gouttes dans une potion de 120 grammes dont l'enfant prendra une cuillerée à café toutes les demi-heures et dont on surveillera l'action, en se basant sur la somnolence et l'état des upilles.

Si les enfants ne peuvent supporter le goût du laudanum, on leur donne l'*élixir parégorique*, laudanum agréable au goût et cinq fois moins actif que celui de Sydenham.

Ce sont là les seules préparations opiacées dont M. J. Simon

fasse usage chez les enfants au-dessous de deux ans. Chez les enfants plus âgés on peut avoir recours au sirop de codéine, au sirop diacode, à la poudre de Dover et au diascordium.

Le *sirop de codeine* s'emploie à la dose de 5 à 10 grammes dans une potion de 120 grammes qui sera prise de demi-heure en demi-heure jusqu'à effet sédatif.

Le *diascordium* ne s'emploie jamais seul, associé au sous-nitrate de bismuth et au laudanum contre les diarrhées de longue durée. On formule, par exemple, la potion suivante:

Laudanum de Sydenham.....	1 goutte.
Sous-nitrate de bismuth.....	ʒss
Diascordium.....	gr. x à ʒss
Julep.....	ʒiv.

A prendre par cuillerée à bouche d'heure en heure.

Le *sirop diacode*, plus actif que le sirop de codéine, se prescrit à la dose d'une à deux cuillerées à café en vingt-quatre heures dans une potion ou de la tisane.

La *poudre de Dover* se donne aux enfants au-dessus de 2 ans, aux doses de 0,20 à 0.30.

Il est d'autres opiacés que M J. Simon exclut complètement de la thérapeutique, infantile : la morphine, l'extrait thébaïque, le sirop de Karabé, le laudanum de Rousseau.—*Le Siècle Méd.*

Bromure d'ammonium dans la coqueluche.—Korman (*Iarbuch für Kinder et London Medic. record*) affirme la grande utilité du bromure d'ammonium. Pour les jeunes enfants il donne à la fois cinq centigrammes, pour les enfants plus âgés vingt-cinq à quarante centigrammes toutes les deux heures. L'amélioration est très rapide. Il ne doit y avoir qu'une contre-indication, la coexistence d'un catarrhe bronchique chronique. Quelquefois il se produit un peu de stupeur que l'on fait disparaître en suspendant un peu le médicament. —*Journal de médecine et de chirurgie.*

L'UNION MEDICALE DU CANADA

MONTREAL, JUILLET 1881.

Comité de Rédaction :

MESSIEURS LES DOCTEURS E. P. LACHAPELLE, A. LAMARCHE ET S. LACHAPELLE.

Le Tarif-Gagnon.

On sait qu'en septembre dernier le Bureau des Gouverneurs a élaboré un nouveau tarif que la législature a dûment accepté et que Son Honneur le Lieutenant-Gouverneur a sanctionné. Ce tarif, publié dans la *Gazette Officielle* du 21 mai 1881, ne devait venir en force que le 24 novembre prochain.

Nous avions tout lieu de croire que nous en avions fini pour longtemps de cette question si longuement et si mûrement étudiée. Pas du tout. Le 30 mai dernier, M. Gagnon de son propre chef, sans y être invité par aucun membre de la profession, et à l'insu du Bureau des Gouverneurs, a présenté à la législature un amendement au tarif et nous a fait des honoraires qui ne sont rien moins qu'acceptables. Ce n'est qu'après la deuxième lecture de ce bill officieux que les membres de la profession en ont eu connaissance. Voilà, n'est-ce pas, une deuxième édition considérablement augmentée de la fameuse clause concernant les sage-femmes.

Que M. Gagnon pour des raisons qui ne sont pas un mystère, veuille nous donner un tarif selon son cœur, il est possible de comprendre la chose sans l'approuver, mais ce que nous comprenons moins, c'est que la législature prenne au sérieux l'honorable député. En effet, il nous semble difficile de faire concorder cette immixtion de M. Gagnon à nos affaires sans y avoir été sollicité par aucun de nous avec l'article 4 de la 13e clause de notre loi médicale, lequel article se lit comme suit :

" Le Bureau provincial de médecine fera, quand l'occasion le demandera, des règlements pour fixer le tarif des prix qui seront payés dans les villes et dans les campagnes pour les avis en matière de médecine, d'art obstétrique ou de chirurgie ou pour les soins ou pour l'accomplissement de toute opération ou pour toutes médecines qui auront été prescrites ou fournies."

Si on permet ainsi aux clients de faire des tarifs à leur goût sans nous consulter, il est probable que la législature n'en aura pas fini de sitôt avec cette question. Et pourquoi le Barreau n'aurait-il pas ensuite son tour s'il en prend fantaisie à quelque plaideur.

C'est là, on en conviendra, une anomalie de voir un homme complètement étranger à la médecine se poser en appréciateur de nos services et de nos besoins.

Le tarif de M. Gagnon pourra peut-être lui valoir les remerciements de ses constituants, mais il n'est pas de nature à enthousiasmer la profession. Si c'est là tout ce que M. Gagnon peut nous accorder pour tarif maximum, il n'est pas flatteur pour nous et personne ne serait plus excusable dorénavant de se dispenser de vivre et de mourir suivant les règles de l'art.

Le Bureau Provincial de Médecine, composé de 40 membres choisis par la profession, usant des pouvoirs que lui a conféré la loi, a adopté après mûre délibération un tarif maximum que l'Assemblée, le Conseil et le Gouverneur ont jugé équitable et sanctionné. Et tout cela sera en pure perte parce qu'il plaît à M. Gagnon de filer à notre insu des amendements ruineux à nos intérêts! Allons donc! C'est une mauvaise plaisanterie, et M Gagnon serait moins parcimonieux s'il savait (car il parait l'ignorer) qu'un médecin enrichi par la pratique de son art est un phénomène des plus rares.

M. Gagnon s'alarme sans motif s'il se figure que nous allons ruiner le peuple avec notre tarif maximum et s'il se fie peu à notre honnêteté, nous pouvons l'assurer que notre intérêt personnel suffira toujours à nous faire proportionner la note de nos honoraires à l'état de fortune de nos clients. Mais d'un autre côté il ne saurait trouver mal que nous nous protégions contre la lésinerie de certaines gens qui voudraient mesurer nos services à l'aune et peser la science à l'once.

Un tarif maximum est le seul possible dans les circonstances actuelles et le nôtre est loin d'être exagéré, c'est au moins ce qu'en pense le Bureau Provincial de Médecine dont l'honorabilité et la compétence en cette matière valent bien celles de M. Gagnon.

Aussi nous ne doutons pas que la législature ne fasse droit à nos justes réclamations et ne confirme le vote de confiance qu'elle nous a donné sur cette question.

Université Laval—COLLATION DES DEGRÉS.—La clôture des cours de l'Université Laval, à Montréal, s'est faite, le 30 juin dernier, au Cabinet de Lecture Paroissial.

La vaste salle était remplie par une société d'élite, où les dames figuraient en grand nombre.

Sa Grandeur Mgr de Montréal présidait, et l'on remarquait parmi les personnes présentes: M. le curé Rousselot, M. le curé Sentenne, M. l'abbé Giband, M. l'abbé Toupin, M. l'abbé Deschamps, M. l'abbé Desrochers, M. l'abbé Gendreau, et autres membres du clergé, les honorables juges Johnson, Berthelot, Papineau, Laframboise, M. L. H. Fréchette, M. Rhoër Roy, M. E. A. Généreux, M. F. L. Béïque, M. le protonotaire Hubert, M. le Dr Tassé, M. Lachapelle, M. T. C. de Lorimier, etc., et un grand nombre d'autres avocats, médecins et citoyens distingués.

L'Université était représentée, sur l'estrade, par M. l'abbé Beaudet, vice-recteur, par trois professeurs de la faculté de théologie, et par MM. les professeurs Cherrier, Jetté, Alphonse Ouimet et C. C. de Lorimier, de la faculté de droit, et MM. les Drs Dagenais, Brosseau, Lachapelle, Desrosiers, Filiatreault, Laramée, Lamarche, Duval et Foucher, de la faculté de médecine.

M. l'abbé Beaudet ouvrit la séance par un discours de circonstance, où il constata les progrès accomplis par la succursale, qui comptait cette année 355 élèves, dont 220 de la faculté de théologie, 90 à la faculté de droit et 40 à la faculté de médecine.

M. le Dr Dagenais, professeur de tocologie, donna ensuite une lecture sur le rôle du médecin dans la société.

M. Charles de Lorimier, professeur de droit criminel, prononça ensuite un discours sur les causes des désordres sociaux et les moyens de les prévenir.

Le vénérable M. Cherrier vint ensuite et fit un historique élogieux de l'Université Laval.

Dans l'intervalle avait eu lieu la collation des degrés.

En théologie, il y a 1 docteur, 3 licenciés et 26 bacheliers; en droit, 6 licenciés et 12 bacheliers; en médecine, 2 docteurs, 2 licenciés et 15 bacheliers.

Les licenciés en droit sont MM. Charles Lemoyne de Martigny, Joseph-Octave Drouin et Thomas Fortin (tous trois *summâ cùm laude*), Joseph-Ulric Emard et Henri Gérin-Lajoie (*cùm laude*) et Arthur David. Les bacheliers sont MM. Emery Bertrand, T. Théophile Brosseau, L. G. A. Cressé, J. S. Doucet, U. Lafontaine, J. D. Leduc, A. S. McKay, F. R. Marceau, Philippe Martel, J. A. Rinfret, L. J. B. Taché et L. E. Turgeon.

Dans la faculté de médecine, les docteurs sont MM. Aimé Gaboury et J. E. Lemaître; les licenciés sont MM. Isaïe

Cormier et George-Henry Oliver; les bacheliers MM. Samuel Brien, Joseph Chaffers, J. E. A. Cormier, F. X. Gagnier, F. D. Gauthier, Edmond Grenier, Gaspard Janson, Arthur Joyal, P. G. Lafontaine, Anthime Leclair, Joseph Leroux, J. Wilfrid Prévost, L. E. N. Matte, Avila Marsolais et Albert Thibaudeau.

Le prix du doyen (30) en droit, a été remporté par M. Thomas Fortin, et en médecine le prix des finales par M. J. E. Lemaître, et les deux prix des primaires par MM. A. Marsolais et Isaïe Cormier.

Les cours de l'Université Laval reprendront au commencement d'octobre.

—

L'hôpital Notre-Dame. — Les administrateurs de cet hôpital accusent réception, avec reconnaissance, des souscriptions et dont suivants versés depuis le mois de janvier dernier :

SOUSCRIPTIONS EN ARGENT.

V. Hudon	$50 00
Un ami	50 00
Police de Montréal	43 25
Hon. J. R. Thibaudeau	25 00
Jacques Grenier	25 00
Geoffrion & Rinfret	25 00
R. McKeown	25 00
E. A. Généreux	20 00
D. Masson & Cie	20 00
Jos. Hudon	20 00
Charles Hébert	20 00
A. S. Hamelin	20 00
P. M. Galarneau	15 00
L. Tourville	10 00
J. Lapierre	10 00
L. H. Sénécal	10 00
Arthur Prévost	10 00
A. Bélanger	16 00
Gaucher & Telmosse	5 00
J. B. Durocher	5 00
A. Couillard	5 00
Brossard & Chaput	5 00
J. O. Lafrenière	5 00
John Elliott	5 00
R. Bellemare	5 00
Arthur Boyer	5 00
J. O. Gravel	5 00

C. Melançon	$5 00
Alph. Racine	5 00
J. Leclair	5 00
Prévost, Hébert & Cie	5 00
F. Larue	4 00
Beauchemin & Valois	3 00
Henri Tiffin	2 00
Joseph Turcot	2 00
J. T. Letourneux	2 00
W. Stafford	5 00
F. Froidevaux	26 00
D. Beaulieu	2 50
W. Hanson & Cie	25 00

DONS EN NATURE.

E. A. Généreux: 3 moutons, laine pour 2 matelas et dessert du dîner de Pâques; Dufresne et Mongenais: effets d'épicerie; L. Larivée: plusieurs lots de poisson frais; Mme H. Masson: ornements pour la chapelle; Mme Limoges et Dlle Réné: collecte pour une aube et autres objets pour la chapelle; diverses dames: lots de coton et charpie pour pansements.

Législation. — Le projet de loi autorisant l'Université-Laval à multiplier ses chaises d'enseignement dans la Province de Québec a été adopté par là Législature et sanctionné par le Lieutenant-Gouverneur.

Le projet de loi incorporant l'Hopital Notre-Dame à Montréal, a aussi été adopté et sanctionné.

Bibliographie.

Anatomical Studies upon Brains of Criminals—A contribution to Anthropology, Medicine, Jurisprudence, and Psychology, by MORIZ BENEDIKT, Professor at Vienna; translated from the German by E. P. FOWLER, M.D., New-York.

Ce curieux ouvrage, basé sur l'étude minutieuse de la conformation extérieure du cerveau de 22 criminels: faussaires, voleurs, ou meurtriers, est d'un grand mérite à plus d'un point

de vue. L'auteur ne prétend pas poser en axiomes les conclusions qu'il déduit d'un nombre aussi restreint d'observations ; les incertitudes qui existent encore au sujet de l'anatomie et de la physiologie des centres nerveux, et surtout des localisations de fonctions, ne sauraient lui permettre d'être aussi affirmatif, mais ces observations sont précieuses en ce qu'elles accumulent des matériaux d'un nouveau genre pour l'anthropologie, science toute nouvelle dont le fondateur vient de mourir, la médecine et surtout la jurisprudence médicale à laquelle il reste encore beaucoup à faire pour apprendre à protéger la société contre les criminels et à les protéger contre eux-mêmes.

Plaider folie chez un criminel est devenu un lieu commun auquel le juriste n'a recours qu'avec bien peu d'espoir de succès, et dans les cas bien évidents, et pourtant les recherches de Benedikt tendent à prouver que: l'inhabilité à se retenir de la répétition d'un crime malgré qu'elle apprécie parfaitement le pouvoir supérieur de la loi, et un manque de *sentiment du mal* malgré qu'elle en ait une perception claire, constituent les deux principaux caractères psychologiques de cette classe à laquelle appartiennent plus de la moitié des criminels condamnés.

VARIÉTÉ.

Nécrologie.—Nous avons la douleur d'apprendre la mort de M. Émile Littré, sénateur, membre de l'Académie française et de l'Académie des Inscriptions et belles-lettres, associé libre de l'Académie de médecine.

M. Littré était né en 1801, il avait donc quatre-vingts ans ; mais il avait conservé jusqu'au dernier jour une force et une lucidité d'esprit, une habitude et une puissance de travail dont la collection de la *Philosophie positive* témoigne éloquemment. Il était de ces héros du labeur intellectuel que la mort seule arrête.

Contrairement à l'opinion commune, M. Littré n'était pas docteur en médecine ; il avait été seulement interne des hôpitaux et s'était tourné aussitôt après vers les recherches philologiques et historiques pour lesquelles il étudia à fond le grec, le sanscrit, l'arabe et les principales langues anciennes et modernes.

En même temps il traduisait Hippocrate, entrait dans le mouvement philosophique inauguré par Auguste Comte.

L'œuvre capitale de sa vie : le *Dictionnaire de la langue française*, commença à paraître en 1853 et a été poursuivi sans interruption jusqu'en 1872. C'est un véritable et magnifique monument élevé à notre idiome et qui est maintenant dans toutes les mains, car cette œuvre d'érudition a eu cette bonne et rare fortune de devenir aussitôt populaire.

On n'a pas oublié ses démêlés avec Mgr Dupanloup, qui réussit pendant huit ans à lui fermer les portes de l'Académie française, sous prétexte d'athéisme ; on sait aussi qu'après sa réception, le fougueux évêque d'Orléans refusa de reparaître sous la coupole de l'Institut. M. Littré aurait été *baptisé* quelpues instants avant sa mort, dans des circonstances mystérieuses.

Citons, parmi les plus importants des nombreux ouvrages de cet écrivain encyclopédique, le *Dictionnaire de médecine* en collaboration avec M. le Dr Ch. Robin, une *Histoire de la langue française*, une traduction de la *Vie de Jésus* de Strauss, diverses publications se rattachant à la doctrine positiviste, un grand nombre d'articles réunis en volumes, enfin une édition des *Œuvres complètes* de son ancien collaborateur et ami Armand Carrel.—*Le Siècle Médical.*

MARIAGE.

Le 21 juin, à l'évêché de Montréal, par M. le chanoine Dufresne, M. le Dr G. Lanctôt, de St-Henri, à mademoiselle Clara Bourassa, fille de M. Hubert Bourassa, de Laprairie.

DÉCÈS.

A Montréal, le 18 juin, dame Marie-Louise-Esther Mercier, âgée de 32 ans, épouse de M. le Dr L. A. Geo. Jacques.

TRAVAUX ORIGINAUX.

REVUE DES HOPITAUX.

HOPITAL NOTRE-DAME, MONTRÉAL,

Service du Dr LARAMÉE.

(*Notes cliniques recueillies par le* Dr H. E. DESROSIERS, M.D., *médecin interne.*)

Intussusception.

A. L., jeune homme de vingt-deux ans est pris en se levant, le 7 décembre au matin, de coliques, nausées et vomissements. Les coliques ne sont pas excessives mais l'empêchent d'aller à son travail. Le 8, les douleurs intestinales sont de plus en plus considérables, d'après le rapport du malade lui-même qui dit avoir ce jour-là, ainsi que la veille, pris plusieurs doses de *punch* dans le but, selon lui, de mettre fin à ces coliques. Le 9, un médecin est appelé et prescrit trois pilules purgatives qui restent sans effet, de même que trois doses consécutives d'huile de Ricin. On appliqua des fomentations chaudes sur l'abdomen. La nuit du 9 au 10 est mauvaise : les douleurs augmentant d'une façon alarmante. Le 10, à 10 h. a. m., le malade est admis à l'hôpital, salle St Joseph, nº 13 — service du Dr Laramée. La face est pâle, les traits un peu contractés, langue humide et naturelle, il y a vomissements formés de mucosités et de bile. L'abdomen présente un peu de météorisme circonscrit à l'ombilic et légèrement sensible, mais la région iliaque gauche présente un peu de tuméfaction sensible à la pression et est un peu moins sonore à la percussion que normalement. Le reste de l'abdomen offre une résistance et une sonorité normales ; le pouls est à 74 : température, 98º 3. On prescrit des lavements d'huile de Ricin et de sel d'Epsom toutes les demi-heures, avec application de chloroforme sur le ventre. A 4 h. p. m., les injections n'ont produit aucun effet. L'état général est le même.

A deux reprises on introduit dans le rectum et la partie inférieure du colun un tube œsophagien qui pénètre à environ deux pieds de profondeur et à cet endroit le tube se ploie sur

lui-même, et on le sent, ainsi ployé, à travers la paroi abdominale.

Après chaque introduction de la sonde, le patient essaye d'aller à la selle, mais n'y peut réussir. A 5 h. le patient est mis sous l'influence du chloroforme jusqu'à résolution musculaire complète et tenu dans cet état pendant une demi-heure. A 8 h. il n'y a pas encore eu de selle. On introduit de nouveau le tube œsophagien dans le rectum ce qui a pour effet de favoriser la sortie d'une certaine quantité de gaz. On prescrit des lavements d'eau froide, à répéter toutes les heures jusqu'à effet. En même temps on fait des applications froides sur l'abdomen c'est-à-dire qu'on recouvre tout l'abdomen avec une vessie contenant des fragments de glace et qu'on renouvelle souvent. Le pouls est à 70. Température, 98° 3. Langue humide et blanchâtre. Le malade a pris un peu de bouillon vers 7½ h. p. m., mais l'a rejeté presque aussitôt.

11 *décembre a. m.*—Les injections d'eau froide n'ont eu aucun effet. Pouls, 64. Temp., 99°. Respir., 20. Pupilles un peu dilatées. On prescrit 1 grain de Podophylline toutes les heures jusqu'à effet.

2½ *h. p. m.*—Etat le même. Pas de selles. A l'aide d'une grosse seringue adaptée au tube œsophagien ou poussé dans le rectum une quantité considérable d'air, ce qui a pour effet d'occasionner une selle liquide assez abondante. Vomissements continuent mais restent bilieux et les douleurs sont toujours intenses.

3 *h.*—Le malade prend 1 grain de podophythine. Pouls 60. Temp., 100° 2.

4 *h.*—Injection d'eau de soude (soda-water) à l'aide d'un siphon rempli d'eau gazeuse adapté au tube œsophagien; on injecte à peu près deux chopines de ce liquide. Après cette injection le malade a une évacuation de matières liquides mêlées à des fèces solides.

Le malade put alors quitter son lit et marcher dans la salle en déclarant qu'il n'éprouvait plus de douleurs.

5 *h.*—Pouls, 72. Temp. 100°. On prescrit, pour la nuit, un repos absolu, et on suspend toute médication. Le malade vomit à deux ou trois reprises.

12 *décembre*, 9 *h. a. m.*—Le malade a, pendant la nuit, fait quelques efforts de défécation mais n'a passé que des gaz. Les douleurs abdominales se font encore sentir, mais elles sont intermittentes et assez supportables. Elles s'accompagnent de borborygnies. Le patient a vomi trois ou quatre fois pendant la nuit, mais toujours après ingestion de quelque article de diète, bouillon, lait, etc. Le langue est humide,

blanchâtre. Ce matin il n'y a pas de nausée. Pouls, 68. Temp., 98°.

11 *heures.* — Etat le même. Pouls, 63. Temp. 100°. On répète les injections de *soda-water*. Elles sont suivies du passage de matières fécales liquides et solides parmi lesquelles on reconnait un fragment de la pelure d'une pomme mangée lundi par le malade.

6 *h.* 30 *p. m.*—Le patient a eu une selle volontaire naturelle dans le cours de l'après-midi et n'éprouve plus aucune douleur. Pouls, 68. Temp., 90°.

13 *décembre*, 11 *h. a. m.*—La nuit a été bonne et le malade a bien dormi. Il prend du bouillon et ne vomit pas. Pouls, 72. Temp. 98° 3.

6 *h. p. m.* — Le malade a éprouvé encore quelques coliques légères avec borborygnies. Pouls, 76. Temp., 98° 3.

14 *décembre a. m.* — Nuit excellente. Il n'y a plus de sensibilité à la région iliaque gauche. Le malade a expulsé des gaz par l'anus, mais il n'y a pas eu de selles. La langue est humide mais un peu chargée. Pouls, 80. Temp., 99°. Ni nausées ni vomissements.

1 *h. p. m.* — Le malade a eu une selle et éprouve quelque peu de deuleur dans l'abdomen. Il vomit un peu. Pouls, 76. Temp., 98° 3.

6 *h. p. m.* — Ne vomit plus. Pouls, 76. Temp., 98° 5. On prescrit 3 pilules cathartiques à répéter toutes les quatre heures si besoin il y a.

15 *décembre*, *a. m.* — Le malade a bien dormi et a eu une selle. Pouls, 80. Temp., 98° 3.

7 *h. p. m.* — Un peu avant midi, le malade a éprouvé une douleur abdominale assez considérable. Il n'y a ni tympanite, ni sensibilité, ni nausée, ni vomissements ni matité. La langue est humide. Pouls, 72. Temp., 100°. On prescrit des cataplasmes chauds sur l'abdomen et de la morphine au besoin pour calmer la douleur.

16 *décembre*, *a. m.* — Douleurs beaucoup moins fortes : mais il y a un peu plus de tympanite. Pas de nausées ni de vomissements. Le malade a pris du lait et s'en trouve bien. Aucune selle depuis deux jours. Pouls. 72, Temp., 99° 3. On continue les cataplasmes sur l'abdomen et on donne la morphine. On conseille aussi au malade de manger un peu de viande (*beefs steak* saignant) s'il en a le goût.

7 *h. p. m.* — Le malade ayant pris un peu de viande, a eu quelques nausées et vomissements. Au reste il n'éprouve aucune douleur. Pouls, 72. Temp., 100°.

17 *décembre*, *a. m.* — Sommeil agité par des rêves. Pas de

douleur. Pas de selles. Prend assez de nourriture. Pouls, 72. Temp., 99° 3, On prescrit Quinine 1 gr. 3 fois par jour. On continue les cataplasmes.

7 *h. p. m.* — Pas encore de selle. Pouls, 96. Temp., 100°. Borborygnes-anorexie, mais ni douleur, ni sensibilité.

18 *décembre, a. m.* — Même état, pas de selle. Pouls, 80. Temp., 99° 3.

6 *h. p. m.*—Le malade a eu une selle naturelle et spontanée. Pas de douleurs. Pouls, 72. Temp., 98° 4.

19 *décembre.* — Malade va de mieux en mieux. Pouls, 72. Temp., 98 3. Il n'a plus de douleur ni de sensibilité abdominale. On supprime toute médication à l'exception de la Quinine. On prescrit diète générale, viande 2 fois par jour.

Depuis ce jour le malade est entré en pleine convalescence et a laissé l'hôpital le 22.

Ce qu'il y a de remarquable dans ce cas, c'est le soulagement immédiat après les injections d'eau de soude qui a été poussée dans l'intestin en assez grande quantité pour atteindre la portion invaginée et la réduire. Il est vrai que les douleurs sont revenues un peu plus tard, mais elles n'avaient plus le caractère qu'elles avaient antérieurement. Il paraît rationnel de les attribuer au contre-coup de l'invagination. Quand au siège de l'intussusception, il est probable qu'il était dans l'intestin grêle, comme le fesait observer le Dr Laramée, vû que le météorisme était circonscrit à l'ombilic et qu'on ne sentait pas de tumeur, tandis que le météorisme occupe l'abdomen tout entier quand l'obstacle siège dans le gros intestin, et la douleur est alors accessible à la palpation ou à l'exploration intérieure, chose qui ne s'est pas présentée dans le présent cas.

HOPITAL NOTRE-DAME, MONTRÉAL,

Service du Dr BROSSEAU.

Fracture composée du crâne, avec dépression.

E. St H., âgé de 35 ans est, le 13 avril, vers 6 hrs. P. M., frappé à la tempe par une pièce de bois lancée par une machine. Il y a lacération des téguments et du muscle temporal et fracture du frontal à peu près au niveau de la suture qui unit cet os au pariétal gauche. La fracture a environ un pouce et demi de longueur et le frontal est déprimé de toute l'épaisseur de l'os. En introduisant le doigt dans la plaie on constate

parfaitement cette dépression et l'on touche le bord rugueux du fragment postérieur qui paraît soulevé. Le malade a perdu complètement connaissance lors de l'accident. Cependant, étant ensuite un peu revenu à lui, il a pu recevoir les derniers sacrements et se confesser, puis est retombé de nouveau dans un état d'insensibilité complète pendant lequel il a eu quelques mouvements convulsifs ressemblant à de légères contractions tétaniques. Au bout d'une heure le malade reprend ses sens et vomit abondamment. Il est alors transporté à l'hopital. (salle St-Joseph, No. 13, service du Dr Brosseau). Le pouls est petit filiforme, la respiration affaiblie. Il n'y a aucun symptôme de paralyse. Pas d'intolérance de la lumière ou des sons. Mais le malade est dans l'impossibilité absolue de parler. L'aphasie est complète. Le malade cependant comprend et entend bien. Il peut écrire aussi, mais d'une façon peu intelligible. Ainsi il commence à écrire une phrase et ne la termine pas, il répète souvent les mêmes mots. Il veut donner l'adresse de ses parents, à Québec. Il indique le nom de ceux-ci, mais s'embrouille sur le nom de la rue. Pouls normal, ainsi que la température. Vû l'absence de symptômes de compression on n'intervint pas autrement que pour panser la blessure par un simple morceau de charpie sèche et exercer un peu de compression pour arrêter l'hémorrhagie qui est assez considérable. Comme le pouls reste toujours petit et faible, on donne du Brandy de demi-heure en demi-heure, jusqu'à ce que le pouls se soit relevé.

14 *avril.* Le pouls est redevenu meilleur et plus fort. Température 99°. En demandant au malade de montrer sa langue, on constate qu'il y a une légère déviation de cet organe. Mais comme le patient fait mouvoir celui-ci à volonté et des deux côtés, il est facile de voir que la paralysie n'est pas considérable. L'aphasie continue toujours. Le malade écrit d'une façon plus intelligible qu'hier. Ainsi, après la visite du chirurgien de service il écrit ce qui suit: "*Si vous ne choisissez est pour satisfaire j'aimerais à ce que j'avais....s'il n'y a rien de quelque danger.*"

7 *hrs. P. M.*—Il y a eu consultation au sujet du malade cette après-midi et l'on a cru à propos de ne pas intervenir encore, vu l'absence à peu près complète de signes de compression. Pouls 80. Temp. 100°. La respiration est un peu faible encore Pas de convulsions, ni de nausée, ni vomissements. On ne constate pas non plus d'intolérance des sons ou de la lumière. L'examen ophthalmoscopique ne révèle rien autre chose qu'une congestion assez forte des veines de la rétine. La pupille n'est pas œdématisée. Les milieux de l'œil sont in-

tacts. On remarque que l'œil gauche est dévié en dedans, et le malade écrit qu'il ne voit rien que d'un seul œil, ainsi : " Je ne vois rien du *seul* que je louche." Cependant en interrogeant ses amis, on apprend qu'il s'est toujours plaint d'une diminution de l'acuité de la vision dans l'œil dévié.

On prescrit des applications froides sur la tête ; les sinapismes aux pieds, et 15 gr. de bromure de potassium toutes les 3 heures. Le malade peut marcher dans la salle. Il se lève de temps à autre.

15 *avril a.m.*—Le malade a dormi cette nuit, n'a eu ni vomissement, ni mouvements convulsifs, il urine bien ; Pas d'autres signes de paralysie que ceux constatés hier à la langue et aux yeux. L'aphasie continue. Le patient écrit d'une manière plus comprise qu'hier et semble plus affaissé. Pouls 74. Temp. 100°. On continue les applications froides à la tête. L'ophthalmoscope ne révèle rien de plus qu'hier. On prescrit 10 grains de calomel suivi d'un purgatif salin après deux heures.

Soir,—Etat général à peu près le même. Pouls 92°. Temp. 101°. Le purgatif a produit un bon effet. Pas de symptômes de paralysie. L'aphasie continue. Le malade dort bien. On continue les applications froides et le bromure.

16 *avril*, *a.m.*—Nuit a été assez bonne. Le malade s'est levé ce matin. L'intelligence semble plus libre. Le malade écrit ces mots : " J'aimerais d'avoir du bouillon." Il est toujours aphasique. Pas de vomissements ni de convulsions. La blessure qui rend maintenant du pus est pansée à l'acide phénique au 40e. L'examen ophthalmoscopique donne encore des résultats négatifs. Pouls 74°. Temp. 98°. Le malade sourit.

P.M.—Même état que ce matin. Pouls 82°. Temp. 100°.

17 *avril*, *a.m.*—Bonne nuit. Sommeil. Pouls 74°. Temp. 98°. L'aphasie continue. Le malade mange et boit bien. On continue le froid à la tête. Etat général le même.

P.M.—Pouls 82°. Temp. 101°. Même état.

18 *avril*, *a.m.*—Pouls 84°. Temp. 98°·3. Toujours aphasique. On prescrit une diète généreuse. De plus. Pot Bromid, 10 gr. et Pot Iorlid, 7 gr. à prendre trois fois par jour, avec 3i de Tinct. Cinchonœ. Pansement phéniqué pour la plaie à la tempe.

P.M.—Même état : Pouls 84°. Temp. 100°·3.

19 *avril*, *a.m.*—Même état se continue. Le malade mange mieux et avec plus de goût, mais il est toujours aphasique. A l'ophthalmoscope on voit les veines du fond de l'œil gonflées, tandis que les artères sont filiformes. Il n'y a pas d'œdème de la papille. On introduit dans la plaie un tube à drainage ;

par lequel on fait les injonctions à l'acide phénique. Pouls 86°. Temp. 98°3.

P.M.—Pouls 96. Temp. 100°.3.

20 *avril.*—Le pouls est à 80 le matin et à 96 le soir. La température à 98°.2 le matin et 99°.3 le soir. Le malade est toujours aphasique.

21 *avril.*—Le malade dit *oui* et *non* très distinctement. L'état-général s'améliore considérablement depuis deux jours. Le pouls est à 74 et la température à 98°.3.

Du 22 au 26 l'état général s'est de plus en plus amélioré, le pouls est revenu à 72 et la température se montrait entre 98°.3, et 99°.2. La parole revient peu à peu et le 26 le patient parle fort bien. Les facultés mentales sont intactes. L'œil gauche reste toujours dévié comme il l'était, du reste avant l'accident. La plaie suppure abondamment, on y introduit des crins de cheval pour établir le drainage, et le malade laisse l'hôpital le 28.

Un mois et demi après son départ le patient se présente à la clinique. En examinant la plaie on aperçoit au fond de celle-ci un point qui offre une certaine résistance et qui est évidemment un corps étranger. On en tente l'extraction et on retire trois morceaux de *feutre* d'environ un pouce carré en tout, et un petit morceau de ruban, le tout faisant partie du chapeau que le malade portait lors de l'accident et que le morceau de bois avait enfoncé dans la profondeur du muscle temporal. Depuis l'ablation de ces corps étrangers, la plaie s'est fermée rapidement.

La guérison du patient est complète.

Dr H. E. Desrosiers,

Médecin interne de l'Hôpital Notre-Dame.

REVUE DES JOURNAUX.

PATHOLOGIE ET CLINIQUE MÉDICALES.

Le traitement de la pneumonie.—Je n'entrerai pas ici dans la description de la pneumonie, qui est une maladie particulière caractérisée par des frissons, un point de côté, de la dyspnée, de la fièvre et un pouls violent, etc., et, comme lésion anatomo-pathologique, par un épanchement fibrineux dans les alvéoles; je veux dans cette leçon vous entretenir des différentes médications employées contre la pneumonie.

Je commencerai par les médicaments *spoliateurs* ou modificateurs de la température, qui comprennent d'abord *les émissions sanguines.*

Depuis Hippocrate jusqu'à nos jours, on avait toujours saigné, même très-abondamment; jamais on n'avait contesté l'utilité de la saignée, elle était adoptée par tous les médecins; si l'on discutait parfois, c'était sur le procédé opératoire (devait-on ouvrir telle veine plutôt que telle autre? etc.) Sydenham recommandait des saignées coup sur coup, jusqu'à ce qu'on ait retiré 250 gr. de sang. Les médecins italiens allaient jusqu'à 3,000 gr.

Chez nous, Bouillaud avait posé ainsi les règles à suivre dans la saignée: le premier jour, il faisait une saignée le matin et une le soir; le deuxième jour une saignée le matin, le troisième jour encore une saignée le matin.

Broussais prétendait que, dans les phlegmasies, il fallait saigner jusqu'à la syncope, puis ordonner la diète pour maintenir l'effet de la saignée...

Si nous considérons l'état du sang chez un pneumonique, nous y voyons deux choses à noter:

1° Une modification dans l'état de la fibrine;

2° Les globules rouges sont toujours nombreux, les globules blancs auqmentant en proportion avec la température; ils suivent la courbe de la température.

Quel est l'effet de la saignée? Elle retire une certaine quantité de sang et diminue momentanément la tension circulatoire. En saignant un pneumatique on diminue la tension du sang, d'où diminution de la dytpnée; en abaissant le chiffre des globules rouges, on abaisse la température.

Ces deux résultats, qu'on peut obtenir en saignant un pneumonique, seraient très-favorables, s'il n'y avait un inconvénient, un danger qu'on doit redouter: il y a un rapport inverse entre la fibrine et les globules blancs; donc, si la fibrine diminue, le nombre des globules blancs augmente: l'individu se trouve par ce fait prédisposé à la suppuration, car l'état suppuratif est en rapport direct avec le nombre des globules blancs. On risque donc d'amener par la saignée une terminaison grave ce que l'on doit à tout prix éviter dans une pneumonie.

Antimoniaux.—(Tartre stibié.)

Le tartre stibié est connu depuis longtemps.

Rasori, un médecin du commencement de ce siècle, l'employait à très-haute dose; il donnait de 0 gr. 60 à 0 gr. 20 de tartre stibié dans un litre d'eau miellée; depuis, on en a donné jusqu'à 6 grammes par jour; de sorte que le malade se trouvait avoir avalé jusqu'à 60 gr. de tartre stibié dans sa pneumonie.

Maintenant on donne des portions à 0 gr. 30 :

Tartre stibié.....	0 gr. 30
Infusion de tilleul.....	250 gr.
Sirop diacode.....	30 gr.

F. S. A.

Le sirop diacode rend le médicament tolérable et restreint ses effets vomitifs.

Au point de vue physiologique, quel est l'action du tartre stibié ? Il détermine une irritation profonde ; dans tous les points qu'il touche, des pustules se développent. C'est un éméto-cathartique puissant ; à doses élevées, il fait vomir, produit des selles abondantes et donne un état analogue au choléra. En même temps, il agit sur la circulation, il diminue les contractions cardiaques, entraîne de la cyanose, du refroidissement ; il déprime le système nerveux et fait éprouver un état analogue au *mal de mer*.

Le tartre stibié a donc une action dépressive et antithermique.

Maintenant, comment agit-il dans la pneumonie ?

Contre l'état des poumons, il ne fait rien ; il ne peut pas influer sur le dépôt fibrineux. Il agit contre l'état général ; il abaisse la température, et diminue la fièvre ; mais il affaiblit l'individu, il lui lèse le tube digestif et l'arrière-gorge ; il en résulte des dyspepsies profondes : c'est donc un médicament dangereux.

Le *kermès* et l'*oxide blanc d'antimoine* ont été donnés comme médicaments expectorants.

Voici une potion au kermès :

Kermès.....	0 gr 50
Eau de tilleul.....	30 "
Eau de laurier-cerise.....	30 "
Eau de laitue.....	30 "
Sirop diacode.....	30 "

F. S. A.

L'oxyde blanc d'antimoine est donné à la dose de 1 gr.

Digitale.—Elle fut donnée par Traube la première fois. On la prescrit en infusion, de 0 gr. 75 à 1 gr. de feuilles, dans 100 gr. d'eau ;

En teinture, de 10 à 20 gouttes, même jusqu'à 2 gr.

La digitale est un médicament très dangereux, surtout parce qu'elle s'accumule et produit très facilement des effets toxiques.

Sulfate de quinine. — Les Allemands vantent beaucoup ce médicament et le donnent à des doses colossales (5 gr. en 24 h.) en administrant le médicament le soir. Cette médication amène immédiatement un abaissement considérable de la température; mais souvent au lieu de guérir le malade, elle le tue.

La *vératrine*, employée surtout en Amérique, abaisse également la température.

On l'emploie en granules de 0 gr. 001 (de 1 à 3 par jour.)

C'est un médicament dangereux.

Réfrigération.—Les lotions froides ne sont pour ainsi dire employées qu'en Allemagne; en France les succès en ont été douteux, et on a renoncé à cette pratique. Comment guérir une pneumonie par lotions froides, quand souvent on en voit une se déclarer dans le cours d'une fièvre typhoïde par le fait de ce genre de médication ?...

Toniques.—Alcool.

C'est à Tood, médecin angiais, que revient l'honneur d'avoir employé le premier l'alcool dans la pneumonie.

Behier a fait adopter cette méthode en France.

Potion de Tood :

Eau de vie.....	100 gr.
Teinture de canelle	5 "
Eau	50 "
Sirop simple.....	45 "

M.

Potion de Tood (Gubler).

Alcool à 85°.....	50 gr.
Eau.....	50 "
Sirop d'écorces d'oranges	50 "

F. S. A.

L'alcool a des propriétés physiologiques au nombre de trois principales.

1o. C'est un stimulant du système nerveux ; il cède de la force : c'est un *tonique.*

2o. L'alcool est un médicament qui, agissant sur les globules sanguins, arrête les combustions de l'économie : c'est un *anti-déperditeur.*

3o. L'alcool est un médicament qui subit des combustions dans l'organisme ; il est un *aliment respiratoire*, à l'égal des graisses.

Appliqué à la pneumonie, ce sera en agissant comme un tonique, un antidéperditeur, un élément respiratoire, qu'il diminuera la dyspnée du malade.

Il y a des inconvénients et même des dangers dans la médication alcoolique : les médecins anglais nous signalent deux sortes de dangers :

1o. La fatigue de l'estomac surtout dans des doses élevées ; 2o. des habitudes alcooliques qui succèdent à une médication alcoolique.

D'autres médicaments ont été employés dans le traitement de la pneumanie.

Acétate neutre de plomb.—(Stoltz, de Strasbourg.)

Acétate de plomb.....	0 gr. 30
Eau distillée.....	100 "
Sirop blanc.....	20 "

M. S. A.

A prendre dans les 24 heures.

La guérison serait, dit on, très rapide.

Seigle ergoté.—A été employé à la dose de 2 gr. par jour.

On cite encore l'*aconit*, médicament très efficace dans les bronchites.

Les alcalins peuvent être employés comme antifébriles, mais à hautes doses, 10 à 20 gr. de bicarbonate de soude ou 10 gr. de bicarbonate de potasse.

On emploie encore l'acide phénique, l'acide salicylique, la résorcine (Dujardin-Beaumetz).

Formule (due à Grinwath Plymouth.)

Glycérine phéniquée	8 gr.
Extrait d'opium liquide.....	30 "
Eau de camphre.....	200 "

Une cueillée à bouche toutes les 4 à 6 heures.

Médications extraordinaires. — On a fait respirer du chloroforme (les médecins anglais prétendent ainsi faire disparaître la dyspnée.)

Dans la dernière guerre turco-russe, un médecin (Finning) allait retirer du sang dans le parenchyme pulmonaire avec l'aspirateur Dieulafoy.

C'est à bon droit qu'on peut appeler ces moyens des médications extraordinaires.

Indications dans le traitement. — Il faut suivre pas à pas le malade ; prenons par exemple un malade avec une pneumonie

franche ; il a eu un point de côté, un frisson, de la fièvre, enfin vous reconnaissez tous les signes d'une pneumonie lobaire ; surveillez attentivement votre malade, le thermomètre à la main ; vous avez à considérer quatre états qui dirigeront votre médication.

1° La date de la maladie ;
2° L'état local ;
3° L'état général ;
4° L'état du sujet.

La date de la maladie est bien importante à connaître, car alors vous serez fixé sur le jour probable de la défervescence qui vient du septième au neuvième jour de la maladie. L'état local consiste à savoir si la pneumonie est circonscrite ou si elle a une marche envahissante.

L'état général : il faut savoir si l'individu supporte bien sa maladie.

L'état du sujet : il faut connaître ses antécédents, savoir s'il est alcoolique, etc.

Dans la période inflammatoire de la pneumonie, le rôle du médecin est borné, pour ainsi dire, à l'expectation ; mais l'expectation proprement dite est une méthode d'hôpital : dans la clientèle elle doit être modifiée, il faut satisfaire au désir du malade par quelques potions calmantes, par de l'eau vineuse, quelques tisanes; sans jamais faire de médication trop active.

Les potions jouent même un certain rôle ; voici une potion calmante que je vous recommande beaucoup :

Eau de laurier-cerise	30 gr.
Eau de tilleul.....	30 "
Eau de laitue.....	30 "
Sirop diacode	30 "

F. S. A.

On introduit un peu de bromure de potassium suivant les cas.

La maladie suit son cycle normal et arrive à la défervescence : à ce moment, vous devez intervenir ; il reste des phénomènes locaux que vous devez faire disparaître. La régression de la fibrine dans les lobules pulmonairrs se fait lentement ; il y a deux moyens d'activer la résorption de ces produits inflammatoires :

1° Les révulsifs ;
2° Les vomitifs.

La question des révulsifs a été longtemps débattue.

Comment agit le vésicatoire ? Il agit d'une façon multiple, ce qui a été prouvé par l'expérience. Quand on place la mem-

brane interdigitale d'une grenouille sous le champ du microscope, et qu'on fait agir de la cantharide sur la peau du dos, on remarque d'abord un resserrement des capillaires, puis une dilatation. Donc la révulsion sur un point de la peau détermine, dans un autre point même éloigné, des troubles dans les vasomoteurs.

Dans la pneumonie, la révulsion se produit d'une manière très nette ; examinez un individu ayant un ulcère de jambe : si cet homme est pris de pneumonie, l'ulcére se sèche subitement ; dès que la pneumonie guérit, l'ulcère se roproduit. La pneumonie avait donc *revulsé* pour un moment et amené un dessèchement de l'ulcère.

Action de la cantharide dans la circulation. — En appliquant un vésicatoire, il pénètre toujours une certaine quantité de cantharide dans l'économie ; cette pénétration a pour effet immédiat d'amener un resserrement des vaso moteurs, puis une dilatation.

Dans la pneumonie, à la première période de la maladie, le vésicatoire a peu d'action ; mais, lorsqu'il faut amener une régression des produits fibrineux, le vésicatoire est favorable ; il aide la circulation qui se fait autour du lobule ; il favorise par cela même la régression de ces produits fibreux. Mais ce n'est qu'au moment où la défervescence est arrivée, qu'il faut employer le vésicatoire.

Emploi des expectorants. — Dans les alvéoles pulmonaires, il y a des dépôts fibrineux qui, après avoir subi différentes modifications doivent être expectorés.

Pour faciliter cette élimination, on emploie les expectorants, qui sont les kermès, l'oxyde de blanc d'antimoine et l'ipéca, etc.

C'est l'Ecole de Montpellier qui a fait les plus beaux travaux sur l'ipéca dans la pneumonie.

L'ipéca amène d'abord un état nauséeux qui produit la décongestion du poumon, puis une sortie des matières fibrineuses par les efforts du vomissement.

Il y a une autre action moins connue, c'est l'effet de l'ipéca sur les glandes du poumon, leur sécrétion est augmentée, modifiée, condition favorable à l'expectoration.

En résumé, les deux moyens, vésicatoires et vomitifs, concordent vers le même but : régression des produits inflammatoires et expectoration de ces produits.

Examinons maintenant les différents symptômes qui se manifestent dans le cours de la pneumonie et voyons quel genre de médication vous pourrez appliquer à chaque cas en particulier.

Parlons d'abord du point de côté : le point de côté est le plus souvent faible, quelquefois il est très vif. Un moyen très

actif de le calmer, ce sont les ventouses scarifiées ; autant je suis opposé à la saignée, autant je suis favorable à l'emploi de cette médication comme révulsif contre la douleur.

Dyspnée.—Le malade éprouve une dyspnée considérable qui peut avoir différentes origines ; elle peut dépendre de l'intensité de la fièvre ou de l'étendue des lésions (pneumonie double).

Dans certaines circonstances, avec une pneumonie limitée, on a une fièvre intense et une dyspnée considérable : il y a un moyen héroïque de le faire disparaître, c'est la saignée. Il faut bien peser les avantages que vous pouvez retirer de ce moyen, avant de l'employer, car vous savez tous les inconvénients sérieux qui peuvent en résulter, le grand affaiblissement produit par la saignée et le délire qui suit. Vous devez toujours être guidé par l'intensité de la dyspnée.

Délire.—Il y a des pneumonies avec du délire intense, qui dépend : 1° De l'idiosyncrasie du malade ; 2° de ses habitudes (délire alcoolique) ; 3° du siége de la pneumonie (pneumonie du sommet).

Quand la pneumonie passe à la suppuration, il se produit souvent aussi un état délirant.

Le délire exige une médication : dans le délire nerveux, employez le musc, le chloral.

Les potions à 0 gr. 50 de musc donnent de bons résultats.

Le chloral, dans ce cas, doit toujours être donné à doses élevées, 2 ou 3 grammes ; il faut sidérer le malade ; sans cela on ne fait qu'augmenter son ivresse cérébrale.

Dans le délire alcoolique, il y a une double médication, par l'alcool et l'opium.

Il est préférable de modifier les potions de Tood, de substituer le vin à l'alcool, à moins qu'on ne soigne un individu riche possédant de l'alcool pur de vin ; sans cela revenir *au vin* et certaines liqueurs, surtout les vins cuits, vin de Bagnols, vin d'Espagne. Les alcools en France sont pour la plupart de mauvaise nature, ont des inconvénients sérieux au point de vue de l'estomac : il est préférable de donner du vin avec un peu de teinture de canelle.

S'il y a un délire, une prostration profonde (pneumonie typique), il n'y a qu'une seule médication, c'est la médication par les potions toniques et le quinquina.

Extr., mou de quinquina	4 à 8 gr.
Alcoolat de mélisse	30 gr.
Teinture de cannelle	10 "
Vin de Bagnols	90 "
Sirop d'écorces d'orange	30 "

M. S. A.

Hyperthermie.—S'il y a une aggravation de la fièvre, si la température dépasse 41° on doit intervenir. quand cette hyperthermie s'accompagne de dyspnée pénible, il faut saigner. Entre le cinquième et le septième jour, la saignée est favorable ; la chute de la température peut se maintenir jusqu'à la défervescence ; le malade va vers sa guérison, sans voir sa température s'élever.

Si le malade est affaibli, pas de saignée, mais des toniques, vin et alcool.

Certains troubles peuvent se produire du côté du tube digestif, il y a un état saburral, la langue est blanche, le malade a mauvaise haleine : employez la médication par les évacuants, l'ipéca, l'émétique. Ces troubles du côté du tube digestif cèdent rapidement avec cette médication.

Dans nos pays, on se trouve quelquefois devant des constitutions médicales palustres ; sous l'influence de fièvres intermittentes on voit se déterminer des pneumonies qui sont tributaires d'un seul médicament, du sulfate de quinine (fièvre intermittente dite *palustre.*)

Pneumonie chez les alcooliques.— Le traitement est très nettement applicable ; alcool, opium et chloral ; on ne peut pas supprimer l'alcool à l'alcoolique : sans cela il tomberait dans une prostration profonde ; on doit autant que possible remplacer l'alcool par le vin, ainsi que nous l'avons dit tout à l'heure.

Pneumonie chez les tuberculeux.—Les tuberculeux prennent des pneumonies vraies : la méthode révulsive leur est applicable, il faut hâter le plus possible la résolution.

Pneumonie chez les diabétiques.—Chez les diabétiques pris de pneumonie, on ne doit point faire de révulsion ; car toute partie dénudée peut être le point de départ de la gangrène ; pas de saignée non plus, car la plaie de la saignée peut amener des accidents graves.

Pneumonie dans la grossesse.—Elle est très grave car elle s'accompagne ordinairement d'avortement. Lorsque l'avortement se produit, il faut le hâter ; il y a danger à donner du tartre stibié, qui excite la contraction de l'utérus ; il ne faut pas en donner tant que l'avortement n'est pas produit.

Pneumonie chez les enfants.—C'est là le triomphe de l'expectation. L'enfant supporte difficilement une médication active ; il faut se borner à une médication calmante, aux toniques révulsifs ; un peu de bromure de potassium, dans le délire, dans les convulsions. Eviter le tartre stibié et surtout ne pas saigner.

Pneumonie chez les vieillards.—Même médication que chez

les enfants ; pas de tartre stibié, tonifier, soutenir les forces par le vin. le quinquina, surveiller la résolution, ne pas laisser séjourner les dépôts fibrineux ; les vésicatoires donnent de bons résultats.

Conclusions : Il n'y a donc pas de traitement réel de la pneumonie ; le médecin doit seulement surveiller attentivement son malade. Il n'existe pas de traitement exclusif ; jamais il n'y a deux pneumonies semblables : selon l'état des malados, doivent varier les remèdes ; il n'existe que des traitements de pneumoniques.—*Revue de thérapeutique medico-chirurgicale.*

—

De l'urémie.—Une simple voie d'eau qui se déclare en un point du navire, si elle est aveuglée par un habile calfat avec un peu d'étoupe et de goudron, n'empêche près l'équipage de contitnuer sa route : mais, quand la masse des flots s'engouffre par une trop large brèche ouverte dans ses flancs, la submersion du vaisseau est inévitable.

Ainsi, lorsqu'une atteinte profonde et définitive est portée à un appareil important de notre économie, le mal, primitivement localisé, doit, à un moment donné de son évolution, retentir sur le fonctionnement de l'organisme entier. Nous assistons alors à la transformation d'une maladie d'organe en une maladie générale, *totius substantiæ.*

L'asystolie est le type de ces états ultimes, dernière et inévitable étape des cardiaques vers la fin de leurs souffrances, à laquelle il s'agit de ne les laisser arriver que le plus tard possible, en leur faisant prendre,— si l'on veut me permettre cette expressions,— le chemin des écoliers.

Dans les affections hépatiques, on observe aussi parfois un proccessus morbide analoque comme signification, assez nettement caractérisé pour qu'on ait dû iui donner un nom spécial : c'est l'ictère grave ou acholie. Pourquoi ne connaîtrait-on pas un jour quelque chose de semblable relativement à chaque appareil ?

On comprend quel intérêt s'attache à l'étude de ces terminaisons des maladies chroniques, puisque leurs signes précurseurs trahissent certaines précautions thérapeutiques capables de le conjurer. Ainsi le manomètre avertit le chouffeur de l'excès de pression dans sa chaudière ; ainsi l'électroscope, par l'écartement de ses feuilles d'or révèle la tension maximum et l'imminence de la décharge électrique.

Ce qne nous venons de dire de l'asystolie et de l'ictère grave s'applique exactement à l'urémie.

" L'urémie est, en effet, l'issue nécessaire vers laquelle tendent fatalement toutes les affections rénales arrivées à une certaine période de leur évolution (Rendu)."

Ce mot d'urémie, dont la paternité appartient à feu le professeur Piorry, déjà père du plessimètre, a été assez mal choisi d'ailleurs; éveille l'idée d'une intoxication du sang par l'urée, idée démontrée fausse par l'innocuité des injections expérimentales d'urée dans la circulation. Si impropre que soit le terme incriminé, il a le droit de cité dans la science; comme tel, mieux vaut le conserver que d'en chercher un nouveau qui ne serait peut-être pas meilleur. A la différence de certains édiles qui croient modifier les opinions politiques d'une partie de leurs concitoyens en changeant les noms des rues que ceux-ci habitent, les pathologistes ont mieux à faire que des révolutions dans les mots. Une expression est assez bonne du moment qu'on est d'accord sur le sens qu'il faut lui attribuer.

Or, les nosologistes s'entendent pour désigner, par le terme d'urémie, l'accumulation, dans le liquide sanguin, de tous les principes de désassimilation, accumulation causée par l'insuffisance de la dépuration urinaire. Toutes les fois que, par une des causes sur lesquelles nous reviendrons tout à l'heure, l'appareil uropoïétique cesse de pouvoir jouer son rôle d'émonctoire, l'urémie est constituée; et cet état morbide, toujours secondaire, se révèle par un exemple de symptômes qui est comme *l'acte de déchéance du rein.*

I

Causes et symptômes de l'urémie.

On peut répartir en deux catégories les causes de l'urémie. L'une comprend celles qu'on peut appeler causes des *premières,*—pour employer le jargon des philosophes,—ou causes nécessaires, attendu, que sans elles, l'action des autres serait insuffisante. Telles sont toutes les lésions aiguës ou chroniques de l'appareil urinaire, pourvu, disait Béhier, qu'il existe l'une ou l'autre des deux conditions suivantes: 1° absence de sécrétion par cessation des fonctions spéciales du rein; 2° absence de l'excrétion de l'urine, déjà formée, par obstacle à son cours.

Addison avait déjà remarqué, et l'on a vérifié maintes fois depuis, que c'est bien moins le degré avancé de l'altération anatomique que son étendue qui en constitue la gravité au point de vue de l'établissement des accidents urémiques. C'est ainsi que l'inflammation catarrhale et superficielle, mais géné-

ralisée, des néphrites scarlatineuse et gravidique entraîne plus souvent, et surtout plus rapidement l'urémie, que les dégénérescences profondes, irréparables, mais limités. On ne voit guère d'urémie dans le cancer du rein, dans la suppuration rénale; au contraire, elle est consécutive à la transformation kystique des reins, à la compression des urétères par un cancer de l'utérus; rare dans la dégénérescence amyloïde,—assez fréquente dans la néphrite parenchymateuse chronique, au cours de laquelle elle ne serait, suivant Piberet et Richardson, que l'expression d'une nouvelle poussée inflammatoire aiguë,—l'urémie est de règle dans la néphrite interstitielle.

Sous le nom de causes *secondes*, nous opposerons aux précédentes celles qu'on pourrait encore appeler occasionnelles, et qui, inhérentes le plus souvent à la marche même de la maladie rénale, peuvent aussi parfois dépendre d'une intervention thérapeutique intempestive ou maladroite.

Expliquons-nous:

Un malade, atteint de néphrite parenchymateuse chronique, présentait des hydropisies viscérales multiples ou une anasarque généralisée; l'analyse de la sérosité épanchée a démontré qu'en pareil cas, elle est chargé de principes excrémentitiels, et que le processus hydropigène est destiné à combattre l'insuffisance croissante des reins malades. Sous l'influence de purgatifs draustiques réitérés, un mouvement de résorption s'accentue avec rapidité ou s'opère brusquement; aussitôt, par le fait de la réintégration dans le sang des principes excrémentitiels, l'nrémie éclate.

Chez un saturin on a relevé les signes de néphrite interstitielle sur lesquels nous insistions dans le précédent article, l'hypertrophie cardiaque suppléait au rétrécissement progressif du champ circulatoire dans le rein atrophié. Mais des émotions viennent troubler l'innervation du cœur; ou bien une maladie fébrile intercurrente, en même temps qu'elle augmente la quantité des produits de la désassimilotion, affaiblit la puissance contractile de moteur circulatoire; dès lors, l'équilibre entre le cœur et le rein est rompu; conséquence: urémie.

Enfin dans une autre circonstance, c'est à l'administration de certains médicaments que l'on peut attribuer l'apparition des accidents urémiques: on incrimine, surtout en pareil cas, les mercuriaux (Bright, Barlow), l'opium (Richardson), la digitale (Bouchard). Les bains de vapeur ont été accusés par Marchal de Calvi.

Variable est le mode d'apparition des phénomènes urémiques. Ou ils apparaissent chez un sujet que l'on sait atteint d'albuminurie,—et dans ce cas le médecin n'est pas surpris, préparé

qu'il est à cette éventualité par la connaissance de la néphrite existante,— ou bien ils se déclarent au milieu de la santé en apparence la plus complète, et ce sont eux alors qui mettent sur la piste d'une affection rénale le praticien non encore prévenu ; c'est dans la néphrite interstitielle, maladie latente par excellence, que ce second mode de début est habituel, et nous n'aurons qu'a rappeler ce que nous avons dit dans notre précédent article relativement au diagnostic du stade préalbuminurique de cette affection.

L'urémie peut être précédée de prodromes; elle peut, d'autres fois, se révéler d'emblée par les accidents les plus graves.

Les signes précurseurs consistent, dans le premier cas, en troubles nerveux mal déterminés tels qu'une apathie habituelle, une sorte d'obtusion de l'intelligence et lenteur de la mémoire, qu'entrecoupent une céphalalgie frontale ou occipale opiniâtre, une insomnie avec agitation nocturne et vertiges fréquents. On relève aussi des troubles sensoriels, dimiuution de l'ouïe, bourdonnements d'oreilles et surtout une amblyopie ou plus exactement une cécité subite, sans lésion du fond de l'œil appréciable à l'ophthalmoscope. Ce phénomène diffère absolument de l'amaurose consécutive à la rétinite brightique dont nous parlions la dernière fois ; accident purement nerveux, il disparaît aussi inopinément qu'il était apparu.

On note encore des troubles digestifs consistant en une dyspepsie tenace, anorexie, état nauséeux, parfois même des vomissements ; d'autres fois une oppression habituelle que n'expliquent pas suffisamment les phénomènes d'auscultation.

L'examen des urines fait à cette période initiale est d'un haut intérêt ; on peut constater, s'il s'agit d'un malade atteint de néphrite parenchymateuse, que la quantité d'urine émise quotidiennement s'abaisse, sans que la densité de celle-ci s'accroisse en proportion de sa concentration. — S'agit-il d'un malade atteint de néphrite interstitielle ? il faut se rappeler que, la polyurie étant la règle de cette affection, une quantité d'urine oscillant à peu près aux environs de la normale peut masquer fort bien une dépuration urinaire insuffisante. Il faut, comme le recommande Jaccoud, tenir grand compte de la densité de l'urine plus encore que de sa quantité ; et si on voit la première tomber du chiffre de 1018 à 1015, 1010, 1008, on doit s'attendre à voir apparaître prochainement des accidents.

L'urémie confirmée présente des allures cliniques fort variables, suivant la prédominance de tels ou tels symptômes. C'est ainsi que des grandes formes s'imposent d'abord, l'urémie aiguë, l'urémie chronique ou lente.

A la première se rattachent des variétés plus ou moins

tranchées. Ainsi les convulsions peuvent prédominer : on assiste à des secousses convulsives presque toujours générales, rarement localisées, affectant la forme exclusivement clonique ; d'autres fois, l'attaque revêt les caractères de l'éclampsie avec perte de connaissance, mélange de convulsions toniques et cloniques, stertor et coma passager ; enfin Jaccoud a vu des contractures tétaniques et une raideur des muscles de la nuque et du tronc simulant l'opisthotonos.

Telle est la forme *convulsive* qui aboutit, en général, après plusieurs attaques, à la forme *comateuse*, bien que celle-ci puisse s'établir d'emblée. L'encéphalopathie comateuse est, suivant Lasègue, du pronostic le plus grave et soulève toujours une extrême difficulté de diagnostic.

La forme *délirante* peut affecter une allure monotone et tranquille ; le malade marmotte paisiblement des phrases sans suite et semble, comme on l'a dit, faire *la chasse aux idées ;* ou bien, plus rarement, le délire est bruyant et frénétique, il faut contenir le malade de force dans son lit.

Ou enfin les accidents nerveux simulent la manie (Lasègue).

Bien entendu les formes *mixtes* ne sont pas rares dans lesquelles on voit alterner les convulsions, le délire et le coma. La réunion de tous les accidents précédents est, en général, comprise sous la dénomination *d'urémie cérébrale.*

On décrit sous celle d'*urémie respiratoire* les cas où se montrent des accidents dyspnéiques à caractères spéciaux ; ou bien c'est une dyspnée subite, avec anxiété et anhélation ; les respirations sont fréquentes et ne s'accompagnent d'aucun bruit laryngé, le murmure est faible ou absent, l'auscultation ne révèle point de râle et pourtant le malade asphyxie visiblement ; le diaphragme est en cause et la paralysie domine.

Un élément spasmodique peut se manifester sous forme d'inspiration bruyante, sifflante, croupale, c'est un spasme du larynx qui a fait croire la suffocation assez imminente pour qu'on ait pratiqué la trachéotomie (Christensen).

Enfin on connait sous le nom de respiration de Cheyne-Stokes un type spécial qui paraît être sous la dépendance d'un trouble de l'innervation bulbaire : car, bien que dans la majorité des cas on doive le rattacher à l'intoxication urémique, on l'a observé aussi dans d'autres affections où la circulation du bulbe n'est pas normale, telles que la méningite tuberculeuse, les tumeurs cérébrales et même l'insuffisance aortique. Ce type de Cheyne-Stokes est plus habituel dans l'urémie chronique lente ; il consiste en une modification du rythme respiratoire. Les mouvements, d'abord lents, naturels et silencieux, deviennent peu à peu plus fréquents et plus anxieux, d'une

tonalité haute et bruyante ; puis, souvent une gradation inverse et descendante, ils se ralentissent peu à peu jusqu'au moment où se produit une pause complète, une année absolue et prolongée dont le malade n'a pas conscience, puisqu'elle se produit même pendant le sommeil. Bientôt les inspirations reparaissent d'abord faibles et rares, puis de nouveau précipitées et bruyantes pour continuer ainsi avec les mêmes phases pendant des heures, des semaines et parfois davantage.

On peut rattacher à l'urémie sinon cérébrale au moins cérébro-spinale ces formes de dyspnée que nous venons de décrire ; on y peut joindre encore la variété *articulaire* (Jaccoud) caractérisée par l'existence des douleurs rhumatoïdes.

Enfin le tube digestif peut être particulièrement affecté par les manifestations de l'empoisonnement urémique. Les troubles *gastro-intestinaux*, associés ou non aux précédents, consistent en une anorexie absolue, des nausées, puis des vomissements incoercibles dans lesquels l'analyse chimique décèle la présence de principes excrémentitiels. L'existence de ces vomissements rend l'alimentation bientôt impossible ; la nutrition nulle entraîne l'amaigrissement cachectique que hâte l'apparition d'une diarrhée, soit purement séreuse, soit dyssentérique, et la mort survient au milieu de ce complexus cholériforme, si déjà un coma apoplectique ou une asphyxie graduelle ne sont pas venus mettre fin à la pénible situation du malade.—(*A suivre.*)

PAUL GERNE.

Traitement des maladies du cœur, par le professeur DE RENZI. — Dans les affections cardiaques, la thérapeutique moderne commence à employer trois médicaments nouveaux : le bromure de potassium, l'iodure de potassium et l'hydrate de chloral.

I. Le bromure de potassium, suivant Binz et Sée, a une action directe sur le cœur et la circulation périphérique, si bien qu'on doit le classer plutôt par les médicaments cardio-vasculaires que parmi les antinerveux.

Suivant Gubler, le bromure de potassium exerce une influence sédative très remarquable sur les maladies organiques du cœur ; il fait disparaître les intermittences et abaisse les pulsations de 108 à 78.

Le professeur Dujardin-Beaumetz place le bromure de potassium parmi les toniques du cœur, et le cite en première ligne, immédiatement après le digitale : " Le bromure de " potassium, dit-il, régularise la circulation et a des proprié-

" tés sédatives sur l'axe cérébro-spinal, et en particulier sur la
" bulbe. Il est bien supérieur à l'opium, qui augmente la con-
" gestion déjà si vive de l'encéphale ; il régularise les batte-
" ments du cœur ; diminue l'irritabilité nerveuse si fréquente
" chez les cardiopathes, et peut ainsi combattre les insomnies
" qui affaiblissent et épuisent les malades."

" Nous employons le bromure de potassium, dit Sée : 1o.
" comme modérateur de la circulation périphérique, surtout
" dans les affections cardiaques qui s'accompagnent de dimi-
" nution de la pression artérielle, d'augmentation de la pres-
" sion veineuse, d'accélération et d'irrégularité des battements
" du cœur, de congestions passives, d'œdème, de cyanose, de
" dyspnée ; 2o. comme déprimant l'excitabilité réflexe ; 3o.
" comme hypnotique."

II. Le second médicament employé récemment avec beaucoup de succès est l'iodure de potassium. Dans son livre sur les maladies du cœur, publié l'année dernière, le professur Sée dit de l'iodure qu'il est non-seulement le meilleur agent pour combattre l'asthme, mais encore qu'il est le remède le plus utile dans la dyspnée d'origine cardiaque.

Il l'emploie de préférence dans les altérations du tissu propre du cœur plutôt que dans les lésions valvulaires.

III. L'hydrate de chloral est aussi fréquemment employé dans les affections cardiaques. Il ralentit tout d'abord les contractions de l'organe et en diminue ensuite l'énergie : tel est le résultat des recherches de Liebreicht, Demarquay, Rokitansky, Franck, Troquart, Sée, etc. Le chloral agit en paralysant pour ainsi dire soit les ganglions automateurs intrinsèques du cœur, soit le centre vaso-moteur bulbaire.

Les recherches de Vulpian, Cl. Bernard, Rajewski Owjanikow, Heidenhani, Rokitanski, démontrent que l'hydrate de chloral a une action paralysante sur le centre nerveux vaso-moteur, qui amène la dilatation des vaisseaux périphériques avec diminution de la pression sangnine. Aussi les influences réflexes, à la suite de l'action du chloral, ne sont pas capables d'exciter le centre du vaso-moteur.

Chez sept malades affectés de maladies du cœur, traités cette année à sa clinique, le professeur Renzi a employé ces trois médicaments, et, par un examen attentif de ces malades, il a été possible de tirer les conclusions suivantes :

A. Le bromure de potassium diminue l'anxiété des malades atteints d'affections cardiaques : ils éprouvent un certain bien-être, et la respiration est plus facile. Sous son influence le sommeil est plus tranquille, plus facile et plus durable : aussi c'est le retour du sommeil physiologique qui paraît être l'effet.

le plus constant et le plus avantageux du bromure de potassium.

Le nombre des pulsations cardiaques et des inspirations diminue : c'est pour ces dernières, jusqu'à présent du moins, que la diminution est le plus sensible. La toux seule semble s'aggraver sous l'influence du médicament.

B. L'iodure de potassium réussit mieux et est plus utile dans les maladies du cœur. Son effet principal est d'améliorer d'une manière remarquable la respiration et surtout de faire cesser l'asthme symptomatique.

C. L'hydrate de chloral, à petites doses, peut combattre l'insomnie qui tourmente les cardiopathes. En général cependant il ne diminue pas sensiblement la dyspnée d'origine cardiaque. Il facilite la torpeur cérébrale et la somnolence, phénomènes qui ne sont pas rares dans les maladies du cœur. Le plus souvent on a dû suspendre le chloral, parce que, administré avec l'iodure de potassium, il produit alors chez les malades une somnolence grave et persistante. (*Gazetta médica italiana* janvier 1880.) Dr HYVERT.

Du massage du foie dans l'engorgement hépatique simple. — M. Durand-Fardel appelle l'attention sur cette pratique qui lui rend de véritables services dans le traitement de cette affection du foie qu'il a décrite dans son Traité des maladies chroniques sous le nom d'engorgement simple ou d'hypérémie chronique du foie. Cet état, qui se termine par la résolution et n'entraîne jamais ni cachexie ni ascite, est caractérisé par un accroissement général ou partiel du volume du foie, dont la surface reste unie et la consistance normale.

La douleur, soit spontanée, soit à la pression, se montre surtout par intervalle et peut manquer absolument. L'ictère, qui peut faire défaut, est habituellement peu prononcé, plutôt jaune que verdâtre.

Contre cette affection, outre l'usage interne de l'eau minérale de Vichy et les bains, M. Durand-Fardel recommande l'usage de *douches locales* sur la région hépathique, et du *massage*, à moins cependant qu'il n'existe des douleurs trop vives, ou une névralgie intercostale, qui complique assez souvent l'engorgement du foie.

Les douches sont d'abord prises tous les deux jours, puis tous les jours. Ce sont des douches *en arrosoir*, dont la pression doit être graduée suivant la sensibilité de la région et la tolérance du malade. Il leur donne le nom de *douches résolu-*

tives, et les fait prendre à la température du bain, 84 degrés centigrades, immédiatement avant celui-ci. La durée de la douche est de 5, 8 ou 10 minutes.

Quant au massage, voici de quelle manière il doit être pratiqué : on commence par malaxer l'ensemble de l'abdomen, puis on passe la main par une simple friction sur la région hépatique, on malaxe d'abord les téguments, puis le foie lui-même par des pressions de plus en plus profonde. On arrive ainsi, peu à peu, à pétrir le foie lui-même et à soulever son bord inférieur en le saisissant à pleine main. Inutile de dire que ces manœuvres, qui doivent être prolongées longtemps, pendant un mois au moins, réclament beaucoup de ménagement et de douceur. Douches et massage sont suivis d'un sentiment d'allègement et de bien-être. C'est après deux ou trois traitements, c'est-à-dire deux ou trois années, que l'engorgement finit par disparaître, mais les résultats acquis après chaque phase du traitement sont définitifs et s'ajoutent les uns aux autres jusqu'à la résolution complète.

Le massage, tel qu'il vient d'être décrit, peut également être opposé avec succès à cette forme particulière d'obésité qui, vers l'âge de la ménopause, envahit les seins, les épaules et les parties supérieures du thorax, et qui, outre une altération des formes, détermine un sentiment de constriction de la poitrine, de pesanteur, qui peut aller jusqu'à la gêne respiratoire. (*Revue médicale*, 2 juillet 1881.)

—

De l'emploi de l'huile de cade en thérapeutique oculaire.—M. Galezowsky, dont le nom peut être cité chaque fois qu'il s'agit d'une nouveauté thérapeutique *utile*, vient de publier sur ce sujet un travail fort intéressant dans le *Recueil d'ophthalmologie* (mai 1881.) J'aurais voulu analyser cette étude aussitôt après sa publication, tellement j'avais été séduit par les résultats obtenus à la clinique de mon savant collègue, mais j'ai préféré la remettre à une époque où j'aurais pu me faire par moi-même une opinion sur la valeur du médicament. Cette expérience je l'ai faite et toujours avec succès. J'ai été réellement étonné de la défervescence rapide des symptômes les plus alarmants, et du soulagement presque instantané éprouvé par les malades. Se rappelant le profit que Bazinet Hardy avaient su tirer de l'emploi de l'huile de cade dans le traitement des affections parasitaires de la peau, et frappé du danger que les ophhalmies scrofuleuses des enfants entraînent avec elles, et de la longue durée de l'affection, M. Galezowski

eut l'idée d'essayer l'huile de cade, d'abord pure, et ensuite associé à la vaseline; il employa la formule suivante:

Vaseline ..... ʒijss.
Huile de cade..... ʒss

et n'eut qu'à s'en féliciter. Comme le fait très justement observer M. Galezowski, il est bien entendu que le traitement par l'huile de cade doit être associé à l'application de la glace. Pour tous ou presque tous les opthalmologistes, la glace forme en effet la base du traitement des conjonctivites à sécrétion purulente abondante avec tuméfaction des paupières. Plusieurs opérations d'ophthalmies purulentes scrofuleuses sont annexées à ce travail; elles sont parfaitement concluantes. Dans tous les cas une détente très rapide a suivi l'emploi de l'huile de cade; les paupières ont désenflé, la suppuration a diminué et l'œil a été sauvé. Dans les cas analogues, au contraire, personne n'ignore que les cautérisations, si indispensables dans la véritable opthalmie purulente, ne donnent pas grand résultat, et l'on voit l'affection persister quelquefois pendant des mois entiers. Ces jours-ci, j'ai été consulté pour un enfant de 4 ans, à tempérament lymphatique, et auquel j'avais déjà donné des soins l'année dernière pour des pustules sclérocornéennes. L'œil droit était malade depuis trois jours, les paupières gonflées et tendues; écoulement d'un liquide mucopurulent, lorsqu'on écartait les voiles palpébraux: conjonctive très rouge; cornée saine. J'ordonnai immédiatement des applications permanentes de compresses glacées, des lavages fréquents, de l'atropine 1/400 et je recommandai d'insérer toutes les trois heures entre les paupières de *la vaseline à l'huile de cade* à l'aide d'un petit pinceau. Le lendemain la suppuration avait considérablement diminué; les paupières étaient notablement moins tuméfiées, et l'enfant ne se plaignait plus comme la veille. Quatre jours après il était complètement guéri.

M. Galezowski a étudié l'action de l'huile de cade dans les kérato-iritis suppuratives consécutives à l'opération de la cataracte. Il paraît satisfait du résultat de ses recherches. Tant mieux! car je ne connais pas d'accident plus épouvantable que ces suppurations de la cornée survenues souvent à la suite de l'opération la mieux faite. Il est vrai que le nombre de ces suppurations paraît bien diminué depuis que l'on emploie méthodiquement le pansement antiseptique en chirurgie oculaire (pulvérisations phéniquées, rondelles de lint boraté, etc. —*Revue de Thérapeutique Médico-Chirurgicale.*

Du tayuya comme antisyphilitique. — La tayuya, plante originaire du Brésil (dermophilla pendatica, fut introduit en Europe par un naturaliste italien, Luigi Ubicini. Ce savant avait constaté que les indigènes du pays se servaient de ce remède contre la syphilis.

La racine est la partie la plus active de la plante; elle sert, en Italie, à préparer deux teintures; l'une forte, dite teinture mère, qui est employée en injections sous-cutannées à la dose quotidienne de 1 gramme; l'autre faible, qui consiste en une dilution de la première dans trois parties d'alcool, et qui est prescrite à l'intérieur à une dose qui varie de six à soixante gouttes par jour, en plusieurs fois.

L'analyse y a fait découvrir des oxalates de chaux et de magnésie, du fer, de la résine, et une substance incristallisable que l'on suppose être un alcaloïde.

Les effets physiologiques de tayuya, à doses minimes, se rapprochent de ceux de l'aloès; à haute dose, il produit de la diarrhée, de la diaphorèse et de la salivation. L'expérimentation clinique a fait reconnaître dans cette substance un médicament antisyphilitique d'une grande valeur et d'une complète innocuité.—(*Gazetta médica de Bahia.*)—*Revue de Thérapeutique Médico-Chirurgicale.*

—

Pâte d'arnica contre les furoncles.—Le Dr Planat préconise les applications d'arnica dans le traitement des furoncles purement inflammatoires. L'arnica fait avorter ces éruptions avec une promptitude extraordinaire, probablement en raison de son action sur les nerfs vaso-constricteurs des vaisseaux de la superficie de la peau. Les onctions se font avec:

Extrait de fleurs fraîches d'arnica	ʒijss
Miel	ʒv

Si ce mélange est un peu trop liquide, on y ajoute de la poudre de lycopode, pour le rendre suffisamment adhésif.

On étend cette pâte, dans une certaine épaisseur, sur un morceau de toile cirée ou de diachylon que l'on applique sur le furoncle. On renouvelle le pansement toutes les vingt-quatre heures. Deux ou trois applications suffisent généralement, dit le Journal de médecine de Bruxelles (auquel nous empruntons le récit de cette nouvelle méthode), pour faire avorter le furoncle à n'importe quelle époque. On sait, d'ailleurs, que l'arnica est, depuis longtemps, préconisé à l'intérieur contre ce qu'on a appélée improprement la *diathèse furonculeuse.*—*Revue de Thérapeutique Médico-Chirurgicale.*

Du traitement de la phthisie laryngée.—Le docteur Maurice Schmidt (de Francfort-sur-le-Mein) utilise surtout contre la phthisie laryngée la méthode antiseptique. Il recommande surtout les inhalations avec le baume du Pérou. Voici comment il procède :

Je fais, dit-il, inhaler trois à quatre fois par jour pendant cinq minutes de la manière suivante. On prend un demi-litre d'eau bouillante (qu'on maintient telle en la plaçant sur un réchaud à l'esprit-de-vin), dans lequel je fais verser 10 gouttes de la mixture suivante :

Baume du Pérou	ʒij
Esprit-de-vin	ʒj

Le malade fait les inhalations au moyen d'une espèce d'entonnoir conique formé d'une feuille de papier à cartes de la longueur d'un mètre. La largeur de l'entonnoir à son extrémité supérieure doit avoir la grandeur de la bouche, à l'inférieure celle du vase contenant l'eau.

Naturellement, il faut faire continuer ces inhalations pendant longtemps : depuis un mois jusqu'à un an.

A ce traitement le docteur Schmidt ajoute la scarification de la partie supérieure du larynx.—*Revue de thér. méd. chir.*

—

De l'ammoniaque dans les affections respiratoires.—L'un des membres les plus illustres de l'Académie de médecine de Belgique, M. Melsens, a fait, sur ce sujet, une curieuse communication, dont nous citerons les paragraphes suivants :

" *Si jamais, disait Mascagni, on découvre un remède efficace contre les maladies de poitrine, ce sera un de ceux que l'on peut appliquer au poumon à l'aide de l'inspiration.*

Je connaissais le remède, vulgaire et ancien, qui consiste à envoyer les phthisiques respirer l'air des étables, et j'attribuais le bien qui peut en résulter dans quelques cas, aux émanations de carbonate d'ammoniaque qui s'y rencontrent.

J'en avais conclu que la respiration, continue mais modérée de ce sel, pourrait être utile dans d'autres affections des organes respiratoires. Je me décidai, à la suite d'une forte bronchite, à faire l'expérience sur moi-même. A cet effet, je ne craignis pas de porter sur la chemise un sachet renfermant quelques blocs de carbonate d'ammoniaque ; après quelques jours, je fus absolument débarrassé de l'affection, l'amélioras'étant manifestée dès le premier jour.

Depuis cette époque, j'ai souvent donné ce conseil qui. en définitive, se résume à porter sur la poitrine *une étable grosse comme un petit œuf*, étable dont on se débarrasse instantanément si elle devient gênante ou qu'on éloigne en mettant dans la poche de son habit. Toujours on s'est bien trouvé de mon conseil, même dans le cas de bronchite chronique très ancienne.

J'ai hésité longtemps à publier ce moyen bien simple, mais une observation faite par un médecin de Bruxelles m'a décidé à porter la question devant l'Académie.

Ce médecin, qui aujourd'hui ne pratique plus, souffrait depuis longtemps d'une toux opiniâtre due à une bronchite chronique avec dilatation des bronches compliquée d'emphysème et parfois de laryngite aigue; après avoir assez longtemps résisté à mes conseils, il finit par adopter le sachet de carbonate d'ammoniaque (sel volatil d'Angleterre du commerce) et s'en est trouvé parfaitement soulagé."—*Revue de thérapeutique médico-chirurgicale.*

—

Emploi thérapeutique de l'ergotine.—Nous traduisons de *Transactions Oregon state medical Society*, quelques passages du travail de J.-T. Wells.

L'ergotine possède à un degré suffisant le pouvoir d'arrêter les hémorrhagies provenant du nez, des poumons, des reins, de l'utérus, de l'intestin, lorsque ces organes présentent une solution de continuité; mais l'expérience démontre que ses effets sont encore des plus manifestes quand ces organes ne sont pas lésés, et que c'est un excellent décongestionnant de ces tissus; par conséquent son emploi est indiqué dans les congestions et les inflammations.

Pour la pneumonie, je l'emploie depuis plusieurs années avec un succès très satisfaisant; les résultats sont meilleurs qu'avec aucun autre traitement. Je suis certain qu'elle fait avorter l'affection dans presque tous les cas, lorsqu'elle est administrée avant la période d'hépatisation; les crachats rouillés disparaissent en quelques heures; la douleur, la congestion et l'inflammation cèdent rapidement. Après l'hépatisation ses effets, moins immédiats, n'en sont pas moins heureux et peuvent être augmentés par l'adjonction de l'acétate de plomb. La pleurésie, les sueurs nocturnes sont facilement combattues et l'action de l'ergotine est encore très appréciable dans la méningite, la péritonite et l'orchite. Enfin dans l'ovarite et la métrite, c'est le traitement *sine qua non*.

Dans la spermatorrhée, les écoulements, elle produit souvent des succès là où les remèdes classiques échouent. Dans le ptyalisme l'action est rapide.

Injecté avec quelques gouttes d'acide phénique dans les paquets hémorrhoïdaux, elle donne une guérison sûre et permanente.

Dans la période intense de la fièvre typhoïde, on peut espérer que l'ergotine préviendra la perforation en limitant la congestion et l'inflammation des glandes de Peyer. Elle prévient la destruction des tissus dans les fièvres continues aussi bien par son action sédative sur le cœur qu'en empêchant les congestions et en diminuant la suractivité circulatoire et par là la combustion et la désorganisation des globules sanguins.

Dans l'asthénie nerveuse, son application parait théoriquement indiquée. Enfin on pourrait l'administrer en prévision des hémorrhagies que nécessite une opération; de plus, elle modifiera les inflammations consécutives dans les cas d'ovariotomie par exemple, et dans mes dernières opérations j'attribue l'absence de réaction à l'emploi de l'ergotine.

Tels sont quelques-uns des cas dans lesquels j'ai employé avec succès ce médicament; j'en omets beaucoup, soit par oubli, soit qu'une obseruation incomplète ne me permette pas de les citer. Mais je suis convaincu que son indication s'étendra, et que les praticiens qui l'utiliseront reconnaitront son efficacité non-seulement dans les cas déjà cités, mais dans bien d'autres encore. Depuis dix ans que je l'emploie, j'en suis encore à attendre le premier symptôme fâcheux provoqué par son administrations faite dans de bonnes conditions. Dans un cas d'épilepsie que m'a communiqué un de mes savants confrères, un gramme d'ergotine fut donné trois fois par jour pendant des mois; les attaques disparurent progressivement et finirent par s'arrêter alors qu'au début du traitement elles se produisaient trois à quatre fois par jour. Le malade guérit au bout d'un an environ, pendant tout ce temps, l'ergotine fut constamment administrée, et aucun accident ne se produisit.

La gangrène sèche qu'on l'accuse de provoquer prouve son action spécifique; mais très heureusement elle est si rare qu'elle se produit en imagination plutôt qu'en réalité. Sur un homme sain, abusant de tels effets, c'est à la rigueur possible; mais chez l'homme malade elle semble user tout son offet à à contracter les vaisseaux trop distendus et ne produit aucune action désastreuse sur le reste du corps. On peut en effet l'administrer impunément aussi longtemps que persistent les indications.—*Revue de thérapeutique médico-chirurgicale.*

Traitement de la phthisie pulmonaire simple par le Dr AUDHOUI.—Dans la phthisie *simple*, dit notre confrère dans son journal, la *Thérapeutique contemporaine*, j'ai définitivement renoncé à l'usage des arsénicaux, de l'huile de foie de morue, des vins de quinquina, du sirop anti-scortique, de la créosote, du pétrole, du soufre et de toutes ces drogues qui n'ont d'autre effet que d'irriter la muqueuse de l'estomac et de troubler les fonctions digestives. Je ne donne plus que des pilules balsamiques à la dose de deux par jour, une au repas du matin, et l'autre au soir. Ces pilules et le régime de vie convenable suffisent au traitement de cette forme de phthisie

Dans la phthisie pulmonaire *composée* et *compliquée*, je donné en même temps que ces pilules les médicaments indiqués par les affections composantes et compliquante, à moins qu'il n'y ait quelques désordres gastriques à combattre. Je les supprime alors jusqu'à ce que les fonctions digestives soient rétablies dans leur état habituel.

Voici la formule, que M. Audhoui, donne de ses pilules balsamiques avec la façon de les préparer:

Extrait de quinquina Calisaya	ʒijss
Extrait de ciguë.....	gr. xv
Teinture balsamique.....	50 gouttes.
Poudre de guimauve.....	Q. S.

Faites les gouttes de teinture balsamique avec le compte-goutte officinal. Les 50 gouttes pèsent environ 1 gramme.

Déposez les extraits sur la table de marbre; ajoutez 10 gouttes de teinture balsamique et mélangez avec le couteau. Ajoutez de nouveau 10 gouttes de teinture, mêlez et ajoutez encore 10 autres gouttes; opérez enfin de la même façon jusqu'à ce que vous ayez incorporé les 50 gouttes. Etendez la pâte sur la table et laissez évaporer pendant deux heures. Ajoutez alors la quantité nécessaire de guimauve et formez une masse que vous divisez en 100 pilules.

Argentez ces pilules, ou, ce qui est préférable, enroulez-les dans une couche de sucre.—*Le Médecin Praticien.*

—

De l'emploi des vapeurs d'azotite d'éthyle pour purifier l'air.—M. Peyrusson propose de purifier l'air par l'azotite d'éthyle qu'il considère comme un des meilleurs antifermentes cibles et antiputrides. Il propose même de faire sur place cet azotite d'éthyle, et voici comment il procède:

Mélange d'alcool et d'acide azotique dans des vases largement ouverts, des capsules en porcelaine par exemple, et chauffer doucement ces capsules en les posant sur de l'eau chaude. Seulement pour opérer ainsi, il change les proportions d'alcool et d'acide azotique, indiqués pour les préparations de ces éthers, de façon à éviter le dégagement de vapeurs acides, et il emploie de préférence le mélange suivant :

Alcool à 90°.....	4 parties.
Acide azotique à 36°.....	1 —

Dans ces proportions, les produits secondaires de la réaction ne sont nullement incommodes. L'alcool qui est en grand excès sature complètement les produits acides, qui n'en ont cependant que plus d'activité par suite de l'état naissant dans lequel ils se trouvent au moment de la décomposition par les impuretés de l'alcool.

Ce système, ainsi simplifié, serait on ne peut plus facile à employer, surtout dans les établissements publics, tels que les hôpitaux, les maternités, les casernes, etc., etc. Il suffirait de mettre chaque soir, environ 50 grammes de ce mélange pour 100 mètres cubes d'air dans des capsules en porcelaine qui seraient disséminées dans les salles, et qu'on pourrait, à la rigueur, placer sur des vases d'eau chaude.

Il fait encore remarquer que, sans les droits qui grèvent l'alcool, ce système serait plus économique que ceux employés jusqu'à ce jour.

Enfin, ce mode de purification de l'air, qui est inoffensif et agréable, détruit mieux qu'aucun autre les corps volatils qui produisent les infections, mais il est le *seul* qui agisse sur les germes de fermentations ou de putréfactions qui sont dans l'air quelquefois en grande quantité, comme dans les salles d'hôpitaux. Il peut donc rendre les plus grands services pour combattre ces myriades d'infiniments petits qui nous attaquent de toute part, et qui sont les causes premières des maladies pestilentielles et contagieuses. *Journal de médecine de la Haute-Vienne.—Bulletin gén. de Thérap.*

—

Effets thérapeutiques du chlorate de potasse.—Le Dr Alex. Harhin, dans le *Dublin Journal of medical sciences* :

Dans la diarrhée chronique, le chlorate a une puissance étonnante : il réussit très bien dans la diarrhée et la dyssenterie des enfants, et on l'administre par la bouche ou le rectum.

Dans les affections de la peau qui sont caractérisées par de la faiblesse et une dyscrasie du sang, le sel est un agent très actif. Dans l'érysipèle, aucun ne peut lui être comparé, surtout si on l'associe au fer. Il est très utile dans l'ecxéma, l'impégito et le purpura, dans le lupus d'origine scrofuleuse, pour les furoncles, pour l'acné rosacea et enfin il combat avec avantage l'acné punctata, ce désespoir des jolies femmes. Le remède administré à l'intérieur paraît avoir une action spéciale sur les glandes sébacées et les follicules, et les empêche d'arriver juspu'à suppuration. Dans l'acné rosacea, le sel semble combattre la dilatation des vaisseaux et la congestion de la peau, qui sont la cause de l'affection. Quant à son action particulière sur les épithéliomas et les cancroïdes de la bouche et de la peau, tout le monde connaît l'effet des lotions du chlorate de potasse.—*Revue de thérap. méd.-chir.*

—

Traitement de la folie par la morphine.—Le Dr Aug. Veisin, poursuivant ses études si consciencieuses et si pratiques sur le traitement de la folie, publie, dans le *Bulletin de thérapeutique*, vingt-sept nouvelles observations de guérison:

15 malades ont été traîtés à l'hôpital; sur 15, 12 étaient atteintes de manie hystérique et des hallucinés.

12 ont été traités à l'hôpital: sur ces 12, 8 étaient mélancoliques et hallucinés.

4 étaient atteints de folie religieuse, la vésanie, reconnue comme étant la plus difficile à guérir.

Les doses maximum le plus généralement employées ont été de 5 à 8 centigr. par jour. Elles ont dû être portées à 60 cg. par jour chez Mlle B..., lypémaniaque gémisseuse. Or, on sait que cette forme est considérée comme à peu près incurable.

L'éminent clinicien de la Salpêtrière affirme en terminant que l'emploi des injections sous-cutanées, et en particulier des injections de morphine chez les aliénés, donne les résultats les plus satisfaisants, par la précision dans les doses, et par la certitude que l'on a de l'administration des médicaments ordonnés. —*Revue de thérap. médico.-chir.*

—

Benzoate de soude dans le rhumatisme aigu.—Le Dr D. Macewen ayant remarqué l'analogie chimique, des acides benzoïque et salicylique, la similitude de leurs effets physiolo-

giques, eut l'idée de constater si les résultats thérapeutiques étaient semblables. Il publie cinq cas traités par le benzoate de soude. Dans le premier, la diminution des douleurs et la chute fièvre de la furent si rapides et la guérison si prompte et si complète qu'il n'hésita pas à adopter le même traitement pour les premiers malades: de 0 gr. 75 de sel chaque trois heures; pour les autres, il alla jusqu'à 1 gr. Dans tous les cas, les symptômes disparurent entre trois et huit jours; dans aucun cas il ne survint de complications cardiaques et Macewen trouve que la convalescence fut plus rapide que lorsqu'on emploie le salicylate de soude. Le benzoate de soude a les avantages suivants: il ne produit ni nausées, ni dépressions, ni aucun de ces troubles cérébraux que détermine si souvent le salicylate. La meilleure préparation est celle d'une mixture, et on peut le donner à la dose de 0 gr. 75 à 1 gr. chaque deux ou trois heures. On peut le continuer à doses plus faibles pendant vingt-quatre à quarante-huit heures après la disparition des symptômes rhumatismaux.—*British medical Journal.*

PATHOLOGIE ET CLINIQUE CHIRURGICALES.

Lithotritie en une seule séance, par le Dr Henri Thomson.—On sait, dit le spécialiste anglais dans *British medical Journal*, qu'un chirurgien américain distingué, le professeur Bigelow, s'est montré le défenseur de la pratique qui consiste à extraire les calculs, quel que soit leur volume, dans une séance de lithotritie.

Le principe de Bigelow peut être ainsi résumé: étant donné qu'une séance prolongée pour le brisement et l'extraction d'une pierre grosse et dure produit des accidents multiples, la vessie aura moins à souffrir si l'on enlève à la fois tous les fragments, que si l'on a recours à trois ou quatre séances un peu plus courtes, puisque la présence des fragments dans cet organe amène en quelques jours des troubles plus grands qu'une opération unique prolongée.

On sait d'ailleurs que le meilleur moyen de traiter la cystite qui survient dans l'intervalle des séances, est de briser et d'enlever sans délai les fragments qui restent dans la vessie.

Il y a un an et demi que j'ai employé la méthode de la lithotritie en une seule séance. J'ai opéré ainsi 48 adultes porteurs de calculs de différentes grosseurs. Je n'ai eu que deux

morts et encore l'une d'elles ne peut être attribuée à l'opération.

Je résumerai en peu de mots les résultats pratiques de mon expérience pour le choix des opérations dans le but d'extraire un calcul :

1° S'assurer d'abord de la nature et du volume de la pierre ; modifier selon ces données les procédés à mettre en œuvre. Quand la pierre est petite ou de moyenne grosseur, ne se servir que d'instruments peu volumineux et facilement maniables. La lithotritie en une seule séance ne demande pas d'instruments spéciaux, mais le lithotriteur et l'aspirateur doivent être bien construits et adaptés à chaque cas.

2° Il est plus difficile d'extraire un calcul dur et volumineux en une seule séance qu'en plusieurs.

3° On peut dire, sans témérité, que le nouveau procédé rendra plus sûrs les résultats de la lithotritie dans les cas où cette opération a été indiquée et permettra de l'étendre à des calculs plus volumineux. Mais je considère encore la lithotomie latérale comme une admirable opération non seulement dans le cas de gros calculs, dépassant environ 2 onces, mais encore dans les cas où l'étroitesse du canal ou d'autres conditions l'indiquent.

—

De l'emploi de l'éponge comme moyen hémostatique.—M. Verneuil ayant eu à combattre, après une amputation de la cuisse, un écoulement de sang assez abondant qui venait d'un côté du canal médullaire et était également fourni en nappe par la surface des lambeaux à la suite de l'application de la bande d'Esmark, s'en rendit maître au moyen du tamponnement avec des éponges.

Pour le canal médullaire, il l'opéra• en y introduisant un morceau d'éponge cylindrique.

Le lendemain, le malade allait bien, il avait dormi, avec une température de 37., 6, il n'accusait pas de douleurs, n'était pas altéré, sa plaie avait bon aspect, on apercevait une belle teinte rose sur les coupes musculaires.

Le tampon du canal fut laissé en place dans la crainte de détruire l'hémostase, tandis que la grosse éponge fut enlevée, et M. Verneuil en prit occasion pour nous expliquer les motifs de sa conduite.

On voit, tous les dix ou quinze ans, paraître régulièrement un nouveau travail sur l'emploi de l'éponge dans les pansements, et comme moyen hémostatique. En général, il ne faut accueillir qu'avec une certaine méfiance toutes les découvertes à forme intermittente.

L'emploi de l'éponge présente en effet une tache réhibitoire terrible : les bourgeons charnus pénètrent dans les anfractuosités de l'éponge et s'y installent de telle façon qu'on a toutes les peines du monde à les en retirer.

M. Verneuil rappelle à ce sujet le cas d'un malade à qui il avait fait l'extirpation de la glande parotide, en 1864, à l'hôpital du Midi ; il s'était servi d'un fragment d'éponge pour faire l'hémostase ; après 2 ou 4 jours, l'éponge étant adhérente, il ne crut pas devoir y toucher dans la crainte de provoquer une nouvelle hémorragie ; trois semaines s'écoulèrent ainsi, et l'éponge au lieu de s'immobiliser, ne fit que prendre corps davantage avec les bourgeons charnus ; il fallut cinq ou six semaines au chirurgien pour arriver à l'enlever, fragment par fragment, molécule par molécule.

Les observations de ce genre sont excessivement nombreuses et viennent toutes nous démontrer la tendance de ce corps étranger à se laisser pénétrer par les bourgeons.

Dans le cas actuel, on peut laisser encore l'éponge dans le canal médullaire où cet accident n'est pas à craindre, tandis que l'expérience enseignait de retirer la grosse éponge assez à temps pour que la membrane granuleuse ne s'y insinuât pas. —*Le Siècle Médical.*

—

Sur le pansement antiseptique ouvert de M. Verneuil.—Le principe d'amputer toujours dans les parties saines doit subir quelquefois des violations et des entorses, comme vient de le démontrer M. Verneuil. Il s'agit d'un jeune homme sur qui il a pratiqué l'amputation de la cuisse à la partie moyenne pour une arthrite purulente du genou avec foyer s'étendant et remontant très haut. Chez ce malade là, si on avait voulu se soumettre à la règle indiquée, il aurait fallu faire l'amputation très haut, peut-être même en arriver à l'article, et augmenter ainsi les probabilités de mort. Dans ces conditions, M. Verneuil préféra, malgré l'altération des parties molles de la cuisse, faire l'amputation dans le foyer même de la suppuration.

Mais cela excluait toute idée d'emploi des pansements de Lister ou de Guérin ; M. Verneuil choisit donc le pansement ouvert qu'il a l'habitude d'employer, qui est un procédé particulier de la méthode antiseptique et qui consiste, comme on le sait, à faire sur la plaie recouverte de quelques doubles de tarlatane, à l'aide d'un appareil à vapeur, de la pulvérisation continue avec de l'eau phéniquée. C'est en quelque sorte un bain de vapeur antiseptique. Ce pansement fournit de très beaux

résultats, comme on peut le voir journellement dans le service du savant professeur, et nous avons relaté dernièrement un cas de désarticulation de la cuisse, ainsi traité, et qui a très-rapidement guéri. Toutefois, M. Verneuil déclare qu'il ne faut pas s'acharner à défendre un procédé unique, qu'il faut faire de l'éclectisme, parce que chaque procédé offre ses indications particulières.

La démonstration vient d'en être faite d'une façon très décisive dans son service; tandis que les deux cas dont nous parlons et qui présentaient certainement une gravité exceptionnelle, étaient guéris au moyen de son pansement ouvert; dans la même salle on observait un malade à qui M. Berger avait fait d'urgence l'amputation de la jambe, qu'il avait traité, par le pansement de Lister, et sur qui une réunion par première intention avait réussi. Enfin, à quelques lits plus loin, on retrouvait un reséqué du coude qui était depuis huit jours sous le bandage ouaté de Guérin sans présenter d'accident d'aucune sorte.—*Le Siècle Médical*,

---

Emploi de l'iodoforme dans l'otorrhée chronique. —Les médecins américains conseillent l'iodoforme dans l'otorrhée. Czavda l'a expérimenté avec succès dans la clinique des maladies de l'oreille du professeur Zanfal (de Prague), et vient de publier ses résultats.

Il a employé ce médicament dans une vingtaine de cas, chez des malades âgés de 5 à 33 ans. Beaucoup d'entre eux souffraient depuis des mois, quelques-uns depuis des années. L'otorrhée était consécutive, soit à la scarlatine, soit à la rougeole, soit à la fièvre typhoïde, etc.

Dans beaucoup de cas, la membrane du tympan était plus ou moins complètement détruite; dans d'autres elle était seulement perforée.

La membrane muqueuse était rouge et gonflée; la sécrétion dans beaucoup de cas était abondante: dans cinq cas les deux oreilles étaient malades.

Chez huit malades on avait employé pendant des mois des instillations d'une solution de nitrate d'argent; dans deux cas on avait employé l'alun pulvérisé.

De petites quantités d'iodoforme pulvérisé sont insufflées dans l'oreille malade, après l'avoir tout d'abord nettoyée soigneusement; ensuite, quand la suppuration a diminué et qu'il y a une amélioration manifeste, on introduit aussi près que possible du tympan, et même dans la cavité tympanique, un petit tampon de coton saupoudré d'iodoforme.

La poudre insuffiée ou le tampon sont laissés en place pendant trois ou quatre jours, et à chaque pansement l'oreille est soigneusement nettoyée.

La suppuration diminue rapidement à partir de la première application du remède. Le pus n'a plus d'odeur, et ce résultat est dû à la présence prolongée du tampon iodoformé.

La guérison a lieu généralement de une à quatre semaines, et la muqueuse du conduit auditif reprend graduellement son aspect normal.

L'iodoforme agit comme désinfectant, résolutif, et est en même temps un enduit protecteur. Il a en outre l'avantage de ne pas former avec le pus fétide des concrétions comme le fait l'alun.

Il est facile de masquer l'odeur de l'iodoforme avec la poudre de camphre, l'essence d'amandes amères, le tannin, quelques gouttes d'essence de fenouil ou de menthe poivrée. (*Gazetta medica italiana.*)—*Lyon medical.*

—

Un cas d'incision du péricarde suivie de guérison, par le professeur S Rosenstein. — L'auteur pense avec Trousseau que ce sont des craintes imaginaires qui empêchent l'intervention chirurgicale active dans le traitement des épanchements abondants de cette séreuse. Se fondant sur sa propre expérience et sur celle de Senator, il croit que souvent la ponction simple suivie d'aspiration est insuffisante, et qu'il est nécessaire, comme pour la pleurésie purulente, d'avoir recours au débridement. Cette intervention très-audacieuse sera rendue infiniment moins dangereuse par une application rigoureuse des méthodes antiseptiques de Lister. Et comme confirmation de cette opinion, Rosenstein rapporte en détail l'histoire d'un petit garçon de 10 ans, qui présenta dès son entrée à l'hôpital les symptômes d'un épanchement aigu dans le péricarde (thorax dilaté de bas en haut, matité triangulaire à base inférieure, bruit du cœur affaiblis).

L'absence de fièvre et d'œdème de la peau permettait encore de douter de la nature du liquide. Une ponction exploratrice, faite à l'aide de la seringue de Pravaz, donna un pus parfaitement pur. Le décubitus dorsal n'étant plus possible et le pouls faiblissant, on retira, à l'aide de l'appareil Potain, 620 centimètres cubes de pus louable. Le nombre des respirations tomba de 59 à 38, les pulsations de 140 à 92. Presqu'immédiatement survint une pleurésie aigue qui nécessita en quelques jours deux ponctions successives, l'une de 1,100 cent.

cubes de sérosités, la suivante de 12 cent. cubes de pus. En même temps, les signes de la péricardite suppurée se représentaient de nouveau avec leur intensité primitive.

L'auteur se décide à ouvrir le péricarde : méthode antiseptique rigoureuse. Incision de 3 centimètre entre la 4e et la 5e côte. Ouverture de la séreuse avec la pointe du bistouri et agrandissement avec le bistouri boutonné. Il s'écoule une grande quantité de pus. Deux drains sont introduits dans la plaie et le pansement de Lister est appliqué.

Les effets de l'opération sont merveilleux : le malade peut s'asseoir, le pouls devient perceptible et les urines reparaissent. Les bruits du cœur sont entendus de nouveau et la région précordiale donne un son tympanique à la percussion. Cependant les phénomènes du côté de la plèvre n'ont pas été enrayés, et l'on se voit dans la nécessité de pratiquer l'opération de l'empyème qui donne issue à 150 centimètres cubes de pus. La température descend à 36° 2, et dès lors l'apyrexie devient complète ; dix-neuf jours environ après l'ouverture du péricarde, la plaie était entièrement cicatrisée et l'incision de la plèvre ne mit que onze jours à se fermer.

Rosenstein insiste sur ce fait qu'une péricardite purulente peut évoluer sans température et sans œdème cutané : d'où la nécessité d'une ponction exploratrice. Il ne faut pas croire trop vite à une altération du myocarde qui peut être simulée par de simples troubles dynamiques. Enfin, lorsque les épanchements sont abondants, les changements de position peuvent rester sans influence sur la hauteur de la matité, ce qui peut rendre le diagnostic quelquefois fort difficile. (*Berliner klinische Woshenshr.*, 1881, n° 5, et *Revue médicale de la Suisse normande*, p. 327.) H. M.

OBSTÉTRIQUE ET GYNÉCOLOGIE.

Faut-il donner du lait coupé aux enfants nourris au biceron ?—Question difficile et qui ne peut recevoir une réponse catégorique. Voici comment s'exprime à cet égard le Dr Goffin dans le *Journal d'accouchement :*

Je suppose une série d'enfants également bien développés à la naissance, indemnes de toute tare héréditaire et placés dans de bonnes conditions hygiéniques.

1. Une première catégorie de ceux-ci, nourris au moyen du lait coupé dans les proportions indiquées ci-dessus, progressera parfaitement. C'est un fait de pratique médicale commun

à beaucoup d'entre nous et contre lequel aucune objection de nature chimique ou autre ne peut valoir quoi que ce soit.

2. La seconde catégorie se compose de ceux qui se trouvent bien le premier mois de lait pur, sans aucun mélange. *Ce n'est certes pas le plus considérable en nombre, mais, je dois le déclarer, c'est le plus brillant en santé.*

3. Dans une troisième, je range ceux qui ne peuvent supporter ni le lait pur, ni le lait coupé, mais prennent bien pendant plusieurs mois des panades légères de biscottes, suivies d'un régime plus varié.

4. Quelques organisations exceptionnelles ne peuvent se faire à ces différents régimes. Elles vivotent quelque temps, et, de tâtonnements en tâtonnements, on parvient à leur faire prendre assez facilement soit une farine, soit une bouillie quelconque, soit des biscuits mous trempés dans du lait coupé. J'ai rencontré plusieurs faits semblables dans ma clientèle.

5. Enfin un certain nombre d'enfants privés de la seule alimentation réellement physiologique—je veux dire du lait maternel—dépérissent malgré tous les moyens hygiéniques et thérapeutiques employés et succombent.

La conclusion qui ressort de ces faits me paraît évidente: c'est qu'en dehors du sein maternel, *il n'y a plus de formule absolue* pour l'alimentation artificielle du nouveau-né, et, oserais je le dire? qu'il n'y en aura probablement jamais, et cela pour le motif que l'on se trouve en dehors des conditions naturelles.

Votre conclusion, m'objectera-t-on, n'est guère brillante; peu importe, répondrai-je, pourvu qu'elle soit vraie.

Nous croyons, pour notre part, qu'une des raisons qui rendent l'allaitement artificiel si difficile à conduire et si pernicieux, c'est la difficulté de donner aux enfants du lait exempt de germes de fermentation. Tous les appareils sont défectueux; les enfants mis au pis d'une chèvre, par exemple, viendront bien mieux que ceux qui seront élevés au biberon avec le même lait.

—

De l'emploi des pessaires.—M. Desprès a dit et écrit que les pessaires n'atteignaient jamais le but qu'on se proposait par leur emploi, qu'ils n'avaient pour effet que d'entretenir une très grande malpropreté, et de déterminer souvent une vaginite chronique. M. Notta a même cité des exemples de fistules vésico-vaginales déterminées par l'usage de ces appareils. Il condamne donc absolument l'application des pessaires destinés, dit-on, à redresser l'utérus. A l'appui de

cette opinion, M. Desprès présente une femme dont l'utérus est en dehors et le pessaire dans un des culs-de-sac vaginaux.

M. TRÉLAT pense que le cas cité par M. Desprès n'infirme en rien l'utilité du pessaire, pas plus qu'un bandage herniaire qui laisse échapper la hernie ne doit faire douter de l'utilité de ces bandages en général.

M. GUÉNIOT est d'avis que les pessaires rendent de très grands services à un très grand nombre de femmes. Il a interrogé la malade de M. Desprès; c'est elle-même qui a placé son pessaire, et quand elle ne l'a pas elle ne peut plus faire un mouvement. Ce qui prouve que, même mal placé, le pessaire lui est encore utile.

MM. VERNEUIL et BERGER croient aussi à l'efficacité du pessaire, surtout dans les cas si fréquents de prolapsus léger, à condition qu'il soit bien placé et qu'il trouve sur le périnée un point d'appui suffisant.

M. DESPRÈS n'en persiste pas moins dans ces conclusions, comme on dit au palais.—*Le Médecin praticien.*

De l'emploi de la teinture d'iode dans le traitement des hémorrhagies post partum.—Le docteur W. E. Forest (de New-York) indique les avantages suivants pour le traitement des hémorrhagies *post partum*, par la teinture d'iode. D'après lui: 1° l'iode réprime l'hémorrhagie, non pas en coagulant le sang dans l'utérus, mais en excitant l'utérus à se resserrer. Le sang coule à l'état liquide plutôt que de permettre à l'utérus de se remplir d'un caillot dur et visqueux prêt à se décomposer; l'utérus se trouve donc ainsi vide et désinfecté;

2° La teinture d'iode n'a jamais, dans la pratique du docteur Forest, causé aucun mauvais résultat, même étant injectée à l'état pur dans l'utérus. Ainsi, dans un de ces cas, on a injecté 150 grammes de teinture d'iode, et aucun mauvais résultat n'a été observé.

D'après l'auteur, la teinture d'iode ne manque jamais d'arrêter l'hémorrhagie. (*New York Medical Record.*) — *Bulletin Général de Thérapeutique.*

NOTES DE THÉRAPEUTIQUE.

Traitement de la chorée par l'arsenic.—M. Sirédey a depuis longtemps recours à l'arsenic dans le traitement de la chorée rhumatismale. Il en vante beaucoup les effets. Il emploie la liqueur de Boudin, dont nous rappelons ici la formule :

Acide arsénieux..... gr. xv
Eau distillée..... lbij

Faire bouillir pendant un quart d'heure.

La dose varie suivant l'âge. Pour un enfant de 6 à 10 ans, on peut prescrire la potion suivante :

Julep gommeux..... 5ij
Liqueur de Boudin..... 5j à 5jss
(selon la force du sujet.)

La potion doit être administrée par cuillerées à café à intervalles rapprochés, de manière à être épuisée en vingt-quatre heures.

Avec cette façon de procéder, la tolérance s'établit parfaitement.

A sa clinique de Breslau, le Dr Sottmann donne la solution suivante aux enfants atteints de danse de Saint-Guy :

Liqueur de Fowler..... 4 à 6 gouttes.
Eau..... 5ij

et il obtient une guérison complète dans un temps variant de seize à vingt et un jours. Jamais il n'a eu de troubles gastriques. Quelquefois il ajoute de 50 centigrammes à un gramme de chloral. Les enfants anémiés et à prédisposition nerveuse héréditaire tolèrent assez bien la préparation.

Traitement de la migraine.—(Cronica med).—1° *Médication interne.*—Café, eaux de fleurs d'oranger, de romarin, hydrate de chloral, bromure de potassium, sels de morphine, teinture d'aconit, sous-carbonate de magnésie poudre de cubèbe, ammoniaque.

2° *Application sur la téte.*— Ether sulfurique, pommade d'Autenrich et les formules suivantes :

Camphre..... ℥j
Alcool ..... ℥jss

Faites dissoudre et ajoutez :

Ammoniaque liquide ..... ℥ij
Huile essentielle d'anis .... ʒij

On peut en faire respirer en même temps qu'on applique des compresses sur la tête et les tempes.

Ammoniaque liquide ..... ʒv
Ether nitrique..... ʒv
Huile camphrée ..... ʒivss

Matin et soir, frictions sur les tempes.—*Rdvue de Thérapeutique Médico-Chirurgicale.*

—

Traitement du catarrhe vésical.—(Lieppert).

Baume de copahu..... ʒijss
— de Tolu..... ʒjss
Eau de cannelle..... ....
Sirop diacode ..... } ℥j
Ether nitrique..... .....
Eau de laurier cerise..... } ʒj
F. S. A. une potion.
Une cuillerée à café trois fois par jour.

—

Traitement de l'érysipèle de la face à répétition (James Braithwaite). Quelque soit le traitement médical ou hygiénique employé, les applications locales sont nécessaires. La plupart de ces topiques ont l'inconvénient de défigurer le malade ou d'être désagréeble ou inefficaces. Depuis plusieurs années, le Dr J. Braithwaite se sert avec succès d'une forte solution de tannin.

Tannin..... gr. v à x
Eau alcoolisée..... ..... ʒss

Cette application qui n'est pas désagréable se fait à l'aide d'un pinceau donx tous les deux ou trois jours, on laisse sécher et on a soin d'empêcher le malade d'approcher du feu.—*Revue de thérapeutique médico-chirurgicale.*

L'UNION MEDICALE DU CANADA

MONTREAL, AOUT 1881.

Comité de Rédaction :

MESSIEURS LES DOCTEURS E. P. LACHAPELLE, A. LAMARCHE ET S. LACHAPELLE.

Une question de sympathie.

A propos du *Bill* de l'Université Laval, adopté par la Législature de Québec, à sa dernière session, nous lisons ce qui suit dans le *Canada Medical and Surgical Journal*, livraison de juillet, 1881.

" We have considerable sympathy with those who have " opposed the Bill on principle, and should be satisfied, in " the interests of University Education generally, to see them " successful in causing its repeal," etc., etc.

Notre intention n'est pas de faire un reproche à notre estimable confrère d'accorder ses sympathies aux adversaires de l'Université, de préférance à ses partisans, l'*Union médicale*, d'ailleurs, n'étant l'organe ni des uns ni des autres ; mais ce que nous tenons à constater, c'est l'excès de zèle qu'il met à se prononcer sur une question de *constitutionalité* qui, il faut bien l'avouer, n'appartient guère à la science médicale.

Cependant, comme nous sommes dans le journalisme, sur un pied d'égalité, notre confrère ne trouvera pas à redire si nous aussi, nous osons en passant pénétrer dans le temple de Thémis et nous autoriser de son mauvais exemple pour faire quelques remarques sur l'opinion émise par lui sur cet acte de la législature.

Le ton de l'article du *Canada Medical and Surgical Journal* démontre clairement deux choses :

1o Que notre confrère est peu renseigné snr la question de *constitutionalité* qu'il a entrepris de traiter.

2o Qu'il lui sied mal de vouloir exclure de Montréal, en union avec les adversaires du haut enseignement universitaire, une université catholique (la seule qui existe dans la province de Québec) qui fait le plus grand honneur au pays et offre les

plus grands avantages, sous tous les rapports, et crier ensuite au *monopole!* ("which will soon possess in a way a monopoly.")

En effet, il aurait mieux valu pour notre confrère d'étudier le *Bill* de Laval avant de nous communiquer ses *impressions légales*, car il se serait convaincu par lui-même que ce *Bill* qui le scandalise tant, n'a trait qu'à la *multiplication des chaires d'enseignement* de l'Université Laval, dans la province de Québec, et non à une demande d'extension des priviléges ou des prérogatives qu'elle possède en vertu de sa Charte Royale, lesquels priviléges, comme on sait, sont les plus amples.

Sa Charte Royale, de fait, n'a pas été amendée par cette nouvelle loi, mais elle demeure en pleine force et vigueur, et des juristes éminents prétendent avec raison que l'Université Laval n'avait même pas besoin de cette loi pour le maintien de ses chaires à Montréal et continuer l'enseignement qu'elle y donne.

Mais, on dit, les législatures locales n'ont pas le droit de changer ou d'amender une Charte Royale. Tel n'est pas le cas ici; mais supposons que le *Bill* de Laval aurait cet effet, n'avons-nous pas dans notre législation plusieurs précédents qui établissent notre droit de modifier des chartes royales?

Le chapitre 82 de la 12 Victoria (1849) amende la Charte Royale de l'ancienne Université de York, aujourd'hui l'Université de Toronto.

L'année suivante, par la 13 et 14 Victoria (1850) chapitre 49, la charte de cette même Université a été de nouveau amendée. Et encore aussi par le chap. 89 de la 16 Victoria (1853).

Le collége de Nicolet a une Charte Royale, et elle a été amendée par le chap. 68 de la 22 Vict. (1858).

En 1870, nous voyions aussi que la Charte Royale de l'Université de Lennoxville a été amendée.

Le fait est que ce droit n'a jamais été mis en doute, et nous pourrions citer une multitude d'autres cas ou des chartes royales ont été amendées.

Après ces précédents notre confrère peut-il encore prétendre que: le *Bill* de l'Université Laval "is contrary to all established usage."

Si notre confrère veut maintenant remonter à la source du droit qu'ont les législatures provinciales de législater sur les matières d'éducation, il n'a qu'à consulter l'*Acte de l'Amerique Britannique du Nord* qui nous régit, et il aura alors le secret de la conduite "of that powerful and ambitious corporation."

L'Université Laval, en vertu de sa Charte Royale, a le droit d'enseigner et celui de conférer des degrés universitaires.

Or, le *Bill* de Laval ne se rapporte qu'au pouvoir *d'enseigner* qui est du ressort des législatures, et non à celui de *conférer des dégrés*, qui est de prérogative royale. Voilà toute la question. Ou est donc alors l'*inconstitutionalité* de cette loi ?

D'ailleurs, nous demandons à notre confrère s'il ne trahit pas quelque peu ses sentiments a propos de cette question et s'il ne donne pas la *mesure* de la *valeur* de son article sur *l'inconstitutionabilité* du *Bill* de Laval lorsqu'il écrit les lignes suivantes : " but it is equally not right that any one body " with University powers should be able to set itself down *at* " *doors of any or every* other similar institution in the country."

Après une telle indiscrétion, comment peut-il parler de *monopole* et qualifier d'*ambitieuse* une université qui n'a d'autre tort que celui de vouloir exister dans notre grande métropole commerciale, comme toutes les autres institutions de ce genre, et ce, au même titre, et en vertu des mêmes droits.

On crie au monopole ! Est-ce bien l'Université Laval qui veut le monopole ? N'est-ce pas plutôt ceux qui veulent avoir le droit *exclusif* d'enseigner à Montréal ?

Où est donc la loi qui donne à une seule institution enseignante le droit d'exclure toute autre école de Montréal ?

L'Université Laval, université catholique, demande-t-elle autre chose que ce qui a été accordé à une université protestante ?

Le Bishop's College, dont l'établissement principal est à Lennoxville, a des chaires de médecine à Montréal, et l'Université McGill ne s'est pas, que nous sachions, jamais opposée à l'établissement de ces chaires.

Pourquoi deux poids et deux mesures ?

Brochures reçues.

Transactions of the American Dermatological Association with the President's Address, at the fourth annual meeting, Newport, R.I.

Hip Joint disease.—Death in early stage from tubercular meningites by DR FOREST WILLARD, M.D., microscopical appearances, with cuts by E. O. Shakespeare, M.D.

Announcement of the Medical Department of the University of Pennsylvania for the one hundred and sixteenth annual session 1881-82, and list of graduates.

Report for the Canadian Commission (Paris universal exhibition 1878) by THOS. C. KEEFER, M. Inst. C. C. executive commissioner.

Des intermittences du pouls, de la syncope et de la mort subite dans la convalescenee de la fièvre typhoide, par le Dr LANGLEC, ancien interne des Hôpitaux de Paris, médecin de l'Hôtel-Dieu de Reims.

Trichinæ.—How to detect them and how to avoid them, by JOHN PHIN.

Forthteith Announcement of the St. Louis Medical College, Session 1881-82.

Detroit Medical College.—Order of exercises for the freshmen, junior and senior classes. Regular term 1881-82.

VARIÉTÉS.

Un cas d'hermaphrodisme.— (Société de chirurgie, Paris.) M. Magitot présente un individu qui offre un cas curieux d'hermaphrodisme.

Agée de 40 ans aujourd'hui, Ernestine Guériot est l'enfant de parents bien constitués. Déclarée fille à la mairie, elle fut traitée comme telle et envoyée à l'école avec les autres fillettes du pays. A 13 ans apparurent les règles : elle eut trois hémorrhagies assez nettes, puis ses seins se développèrent.

Enfin, elle devient amoureuse d'un jeune villageois avec lequel elle n'eut cependant jamais de rapports sexuels. A 17½ ans, Ernestine Guériot se marie avec un autre jeune homme. Les rapprochements sont difficiles, cependant elle vit en bonne intelligence avec son mari.

Devenue veuve, elle s'éprend de femmes, a plusieurs maîtresses et ne recherche plus le commerce des hommes, D'ailleurs, pendant son mariage, elle avait déjà eu des relations avec les femmes, et elle reconnaît que dans ses rapports sexuels avec son mari, l'acte vénérien s'accompagnait des mêmes sensations et de la même éjaculation que dans ses rapports avec les femmes.

C'est que, en effet, Ernestine Guériot est réellement un homme. Il a 1[m], 78, ses cheveux sont noirs, sa barbe fournie. Comme il est habillé en femme, il doit se raser tous les deux

jours. Son visage n'a pas de caractère sexuel bien tranché, mais le cou est plutôt masculin que féminin. La voix est celle d'une femme, les mains sont fortes et vigoureuses.—Seins assez volumineux, bassin étroit—Pénis de la grosseur de celui d'un enfant de douze ans avec hypospadias, scrotum bifide renfermant de chaque côté un testicule, celui de gauche est plus volumineux que celui de droite. Entre les deux parties du scrotum, il y a un infundibellum dans lequel le petit doigt pénètre difficilement ; aucune trace du col utérin.

Cet homme a des érections et des éjaculations ; le sperme a l'apparence du sperme normal, mais il ne renferme pas de spermatozoïdes.

M. Lannelongue. Il est souvent fort difficile au moment de la naissance de dire à quel sexe appartiennent ces individus ; et plusieurs fois à l'hôpital Trousseau, l'on m'a apporté des enfants dont je n'ai pu déterminer le sexe que vers l'âge de deux ans. Chez deux sujets, en effet, ce n'est qu'à cet âge que s'est opérée la descente des testicules.

M. Th. Anger. J'ai fait en 1864, avec M. Le Dentu, l'autopsie de la fameuse *femme à barbe :* cet individu portait une barbe qui descendait jusqu'au nombril, et l'autopsie démontra que c'était bien une femme.

M. Tillaux. Le point qu'il importe de connaître dans cette question, c'est de s'avoir si l'hermaphrodisme vrai existe ? Car le sujet présenté par M. Magitot est bien évidemment un homme. Mais je crois que dans la science il existe des cas d'individus ayant les deux sexes,c'est-à-dire testicules et ovaires.

M. Pozzi. Le sujet de M. Magitot est un homme présentant un hypospodias scrotal complet ; quant au cas d'hermaphrodisme vrai, je crois qu'il faut être très sceptique à cet égard, et pour ma part je n'en connais pas de cas dans la science.— *Revue de thérapeutique médico-chirurgicale.*

—

Action du tabac sur les organes génitaux. — Le tabac pris en excès est pour certaines personnes un anaphrodisiaque. Contrairement aux conclusions formulées dans ce journal (tome xxxv, p. 397) par M. le docteur Ygonin, M. le docteur Jacquemart a interrogé beaucoup d'ouvrières employées à la manufacture de tabac de Paris, et voici quelles ont été ses constatations :

Dans 100 cas de grossesse, nous avons trouvé une moyenne de 45 p. 0/0 d'avortement ou d'accouchements prématurés ;

15 p. 0/0 d'enfants morts quelques heures ou quelques jours après la naissance.

D'un travail comparatif auquel nous nous sommes livré nous pouvons conclure :

Que la mortalité est de 10 p. 0/0 plus grande chez les enfants des ouvrières de nos manufactures *nourris par leur mère* que chez les enfants *nourris par des étrangères.*

Nous avons relevé beaucoup d'unions stériles, environ 18 p. 0/0.

On pourra nous demander communication de ce travail de statistique, qui démontre d'une façon évidente, les tristes effets du tabac sur la procréation. (*Paris médical*, 2 juin 1881.)

DÉCÈS.

A la Longue-Pointe, le 4 de juillet dernier, à l'âge de 32 ans et 5 mois, Marie-Jeanne-Bibiane Morin, épeuse de E. E. Duquet, M. D.

Le même jour, Marie-Jeanne-Yvonne, âgée de 10 jours, enfant de E. E. Duquet, M. D.

GUIDE DU VACCINATEUR (1).

Les deux vaccins.

AVANT-PROPOS.

Obéissant à une pensée humanitaire et patriotique, la *Société française d'hygiène* a entrepris de doter la France d'un de ces établissements vaccinogènes créés avec succès à Paris et dans plusieurs capitales de l'Europe.

Pour entrer d'emblée dans la voie des applications pratiques, la Société a organisé un service de vaccination gratuite qui fonctionne depuis trois ans dans l'une des salles de la *Société d'Encouragement pour l'Industrie nationale*, 44 rue de Rennes, et qui met à la disposition des médecins et du public, du vaccin d'enfant (jennérien), et du vaccin animal (génisses de M. Chambon).

En présence du nombre conisdérable de renseignements qui sont réclamés journellement par les confrères de Paris et de la Province, sur l'organisation même du service de vaccination de la Société et sur son mode de procéder, le Bureau a pensé qu'il y avait lieu de confier à une commission, composée de MM. CHAMBON, DROMAIM, FOURUE, GIRAULT et de PIETRA SANTA, le soin de rédiger, sous forme de conseils et d'instructions, des détails précis sur la culture et le mode d'emploi des deux vaccins.

Ce travail, véritable *Mémento* du vaccinateur, sera donc essentiellement pratique et complètement en dehors de toute controverse théorique.

NOTIONS PRÉLIMINAIRES.

La *Variole*, vulgairement appelée petite vérole, est une maladie d'une nature épidémique, essentiellement contagieuse, ca-

(1) Nous croyons intéresser nos lecteurs en publiant ce travail adressé par la "Société Française d'Hygiène" à la "Société Médicale de Montréal" et qui contient des détails aussi complets que précis sur la culture et le mode d'emploi des deux vaccins.—(NOTE EDIT.)

ractérisée par une éruption spéciale sur la peau et accompagnée d'une réaction fébrile intense.

On appelle *Vaccine* la maladie pustuleuse et contagieuse particulière aux vaches, qui inoculée aux enfants, les préserve de la petite vérole.

La *Vaccination* (inoculation de la Vaccine), est l'opération qui consiste à mettre le virus-vaccin en contact avec les vaisseaux absorbants de la peau, au moyen de petites piqûres (par pointes de lancettes ou d'aiguilles à vacciner).

On appelle *Vaccin* le virus particulier, le germe doué de la propriété antivariolique. Il a été ainsi nommé parce qu'il a été recueilli dans les pustules qui surviennent quelquefois aux pis des vaches.

Le *Cow-pox* (de *cow :* vache, et *pox :* variole) est le nom donné en Angleterre à l'éruption (pustule ombiliquée) qui se manifeste sur les trayons des vaches, et qui contient le virus-vaccin.

Le *Horse-pox* (de *horse :* cheval, et *pox :* variole) est l'éruption pustuleuse vaccinogène, ayant son siége sur tout le corps et particulièrement aux jambes, qui se développe sur le cheval.

Au dire d'auteurs compétents, cette éruption spontanée chez le cheval serait l'origine premiére de la vaccine.

Le *vaccin jennérien* est le virus pris par Jenner sur le pis de la vache, et inoculé à l'enfant : virus transmis depuis 1796, sans interruption, d'enfant à enfant.

Le *vaccin animal* est le virus transplanté de la vache à une jeune génisse, et perpétué par des cultures successives sur l'animal.

La *rétro-vaccination* est une opération qui consiste à inoculer sur la génisse, le virus-vaccin pris sur un enfant, pour le conserver par des cultures successives. Ce procéeé est généralement proscrit. Les deux seules méthodes logiques sont l'inoculation d'enfant à enfant (*vaccin jennérien*), et l'inoculation de génisse à génisse (*vaccin animal*).

En Angleterre, les médecins vaccinateurs professent la croyance que le virus-vaccin actuel provient originairement de celui qui fut recueilli par Jenner et inoculé au jeune Phips. En France, le virus-vaccin de l'Académie de médecine a été renouvelé une fois, en 1836, par M. Bousquet (vaccin de Passy femme Fleury), et une seconde fois, par M. Depaul, en 1870 (vaccin de Beaugency).

Le vaccin animal a déjà été renouvelé plusieurs fois en Italie de 1840 à ce jour.

La Société française d'hygiène a utilisé et employé avec succès, du vaccin provenant du *Horse-pox* dit *vaccin des Champs-Elysees* (1880).

VACCIN JENNÉRIEN.—VACCIN D'ENFANT.

Le vaccin est un liquide visqueux, inodore, incolore, d'une saveur âcre et salée: l'analyse chimique y décèle de l'eau et de l'albumine; le microscope y démontre des microbes spiriformes, les uns groupés sur cellules épithéliales, les autres flottant dans le sérum, des corpuscules gras et quelques globules sanguins. Le vaccin se dessèche rapidement sur une surface plane en conservant sa transpérance; liquide ou desséché, il se dissout facilement dans l'eau.

L'évolution de la vraie vaccine (la seule quipréserve de la petite vérole) est ainsi établie par les instructions de l'Académie de médecine (Drs Bousquet, Depaul, Blot).

Du premier au troisième jour.—Entre l'insertion du virus pris sur le bras d'un enfant et l'apparition des boutons, il s'écoule au moins trois jours pendant lesquels on n'aperçoit presque aucune trace de l'opération.

Du troisième au quatrième jour.—Du troisième au quatrième jour, un peu plus tôt en été qu'en hiver, on distingue sur chaque piqûre un petit point rouge plus sensible au toucher qu'à la vue: la période de papulation commence alors.

Cinquième jour.—Le cinquième jour, à compter de celui de l'inoculation, ou le deuxième de l'éruption, le bouton est un peu plus prononcé, et l'on sent sous le doigt un petis engorgement très circonscrit.

Sixième jour.—Parvenu au sixème jour, ce petit bouton cesse de se développer en pointe; il s'élargit, s'aplatit, se déprime au centre, et prend une teinte blanchâtre tirant un peu sur le bleu, qui joue le reflet de l'argent ou de la nacre. En même temps, la base de chaque bouton s'entoure d'un petit cercle rouge qui s'étend chaque jour davantage.

Septième et huitième jours.—Les septième et huitième jours, mêmes symptômes avec un peu plus de développement. A cette époque, la pustule dans son éclat est large de 7 à 8 millimètres, d'un blanc légèrement azuré, entouré d'une auréole rouge plus ou moins étendue, déprimée dans le milieu et terminée par des bords durs, saillants et plus élevés que le reste de la surface.

Neuvième et dixième jours.—Les neuvième et dixième jours, l'auréole s'élargit; elle prend une couleur vive, vermeille, et s'étend jusqu'à 18 et 20 millimètres; l'engorgement des parties sous-jacentes est d'autant plus prononcé que l'auréole est plus étendue.

Onzième jour.—Le onzième jour l'auréole se rétrécit, la rougeur diminue, le bouton commence à se flétrir, le reflet argenté s'altère et brunit.

Douzième et treizième jour.—Du douzième au treizième jour, le bouton se dessèche et se transforme bientôt en une croûte dure, noirâtre, qui tombe du vingtième au vingt-cinquième jour, en laissant une cicatrice indélébile.

On vaccine de bras en bras en prenant la lymphe vaccinale du sixième ou septième jour: dans la pratique ordinaire, on attend le huitième jour, pour des raisons de commodité ou de facultés de service. Pour la recueillir, on fait de légères piqûres sur le bouton et l'on voit bientôt le rivus s'épanouir à la surface, comme une légère rosée (fig. 1).

Le procédé qui consiste à enlever entièrement toute la pellicule, pour mettre à nu le bouton, donne plus de lymphe, mais il est plus douloureux et il expose davantage l'enfant à des phénomènes locaux d'irritation, d'inflammation, voire même de rougeur érésypélateuse.

On pratique ordinairement la vaccination sur la partie externe du bras, au niveau du triangle deltoïdien, mais on peut inoculer le vaccin sur d'autres parties du corps, selon la convenance des personnes.

On fait, en général, trois piqûres à chaque bras, soit en triangle soit en ligne longitudinale, en ayant soin de laisser entre chaque point d'inoculation un intervalle de 2 à 3 centimètres, afin que les auréoles ne se confondent pas.

Fig. 1

La vaccination doit être pratiquée dès les six premiers mois de l'existence. Les enfants seront vaccinés d'autant plus

jeunes qu'ils se trouveront dans des conditions hygiéniques plus mauvaises : dans les hospices, hôpitaux ou asiles, il n'y a aucun inconvénient à vacciner dès les premiers jours qui suivent la naissance. L'enfant pris comme vaccinifère doit être choisi absolument sain : le médecin examinera avec soin les antécédents morbides de la famille, de peur d'inoculer, en même temps que le vaccin, quelque maladie diathésique.

Le mode opératoire de la vaccination est des plus simples. Tout instrument piquant peut servir d'une façon efficace lorsque le vaccin est de bonne qualité. On peut donc employer indistinctement une lancette ordinaire ou l'une des nombreuses variétés de lancette dites lancettes à vaccin. Certains vaccinateurs emploient l'aiguille cannelée, d'autres une lancette en forme de flèche, cannelée ou non. Tous ces instruments sont également bons, et l'on peut dire que le meilleur est celui dont on sait le mieux se servir.

La première opération consiste à charger la lancette. Dans la vaccination de bras à bras, la pustule vaccinogène ayant été préalablement ouverte, il suffit de tremper la pointe de l'instrument dans le virus-vaccin, au moment où il émerge de la pustule.

L'instrument ainsi chargé, on saisit, de la main gauche, le bras sur lequel on veut opérer, de façon à tendre légèrement la peau à la face externe du membre. On tient l'instrument entre le pouce, l'index et le médius, et l'on pique légèrement la peau, soit perpendiculairement, soit obliquement, en ayant soin de retourner la pointe de l'instrument dans la plaie, de façon à l'essuyer, pour ainsi dire, entre le derme et l'épiderme, et à déposer ainsi la plus grande quantité possible de virus. Tel est le procédé classique ; il est souvent préférable de faire une petite incision de 2 à 3 millimètres, et de déposer au niveau même de cette incision une certaine quantité de lymphe vaccinale. On laisse ensuite sécher le sang qui sort de la piqûre, avant de recouvrir les parties vaccinées. Toutefois, il ne faut pas pousser cette précaution à l'extrême. Et, si l'inoculation a été faite avec soin, il est préférable de ne pas laisser le petit opéré longtemps découvert.

Une des grandes préoccupations des mères de famille, après la vaccination, est de connaître quel régime spécial il faut faire suivre à l'enfant, et quelles précautions particulières sont à prendre pour assurer le succès de l'opération, en évitant toutes suites fâcheuses. On peut répondre en les assurant qu'il n'y a dans ce cas aucun traitement ni pansement spécial. La fièvre vaccinale, elle-même, est une chose fort douteuse, et qui, en tous cas, ne nécessite aucun soin particulier. Les

enfants peuvent sortir sans danger ; il suffira simplement d'éviter de faire prendre des bains aux enfants vaccinés, tant que les pustules ne seront pas complètement desséchées et que les croûtes ne seront pas tombées. Enfin, si l'on constatate une certaine inflammation au niveau des pustules, il serait bon de saupoudrer les parties tuméfiées, avec un peu de poudre de riz, d'amidon et de fécule de pomme de terre.

Le résultat de la vaccination doit toujours être constaté par le médecin, qui s'assurera que la vaccine est bonne et légitime. Le diagnostic différentiel de la vraie et de la fausse vaccine, est facile et la description, empruntée à l'Académie de médecine, que nous avons donnée plus haut, suffirait certainement. Ajoutons, toutefois, que lorsqu'il s'agit de la fausse vaccine, il se forme un bouton presque aussitôt après la vaccination ; que ce bouton n'est pas ombiliqué ; qu'il est de couleur jaune et terminé en pointe, et qu'il ne laisse pas de cicatrice. S'il nous était permis d'établir une comparaison, nous dirions qu'il y a entre la vraie et la fausse vaccine, la même différence qu'entre la variole et la varicelle.

Une précaution indispensable pour le vaccinateur, lorsqu'on a plusieurs opérations à pratiquer, est de laver avec soin la lancette après chaque vaccination. Ce lavage sera fait avec de l'eau chaude ou avec de l'alcool rectifié : les lancettes cannelées étant plus difficiles à nettoyer et à essuyer, nous conseillerons d'employer de préférence les lancettes en forme de lance et sans cannelure.

Le moyen de cultiver le vaccin jennérien et de l'entretenir est des plus simples :

Il consiste à vacciner, toutes les semaines, plusieurs enfants, avec un premier enfant dit vaccinifère, et à se servir, la semaine suivante, de ces enfants vaccinés comme vaccinifères ; et ainsi de suite sans interruption. Toutefois, pour les vaccinations à distance, il a fallu trouver le moyen de conserver artificiellement le vaccin. Le vaccin jennérien peut se recueillir et se conserver de quatre façons principales, sur *des lancettes*, sur *des plaques de verre*, sur *des pointes d'ivoire* et dans *des tubes*. Ce vaccin peut se conserver ainsi plusieurs mois, à condition d'être placé à l'abri de l'air dans un milieu frais ; la trop grande chaleur, comme le froid excessif, pouvant amener une sorte de décomposition qui le rendrait impropre à l'inoculation.

Pour conserver le vaccin sur *une lancette*, il suffit de déposer une gouttelette de virus-vaccin sur la pointe de la lame et de laisser ce virus s'y dessécher. On referme ensuite la lancette, en roulant à sa base, au niveau du pivot, une bandelette de

papier, de façon à empêcher le contact de la lame de la lancette, avec les deux plaques d'écaille ou de corne qui en forment le manche. Lorsqu'on veut ensuite se servir de cette lancette pour pratiquer la vaccination, il suffit de la mouiller légèrement avec un peu d'eau tiède, à l'effet de dissoudre le vaccin.

On peut même dissoudre simplement le vaccin desséché sur la lancette, dans la gouttelette de sang qui vient soudre au niveau de la piqûre préalablement pratiquée.

Pour conserver le vaccin *en plaques*, on charge deux plaques de verre de deux centimètres carrés sur une pustule de vaccin ouverte au moyen d'une petite incision ; on applique ces deux plaques l'une contre l'autre (fig 2). En enveloppant ensuite hermétiquement ces deux plaques ainsi juxtaposées, avec une feuille d'étain, le vaccin se dessèche, et, pour l'employer, il suffit de le dissoudre avec un peu d'eau, et d'utiliser cette dissolution pour charger la lancette.

Fig. 2.

Le procédé de conservation du vaccin sur des *pointes d'ivoire* (fig. 3), est absolument le même que celui qui consiste à le

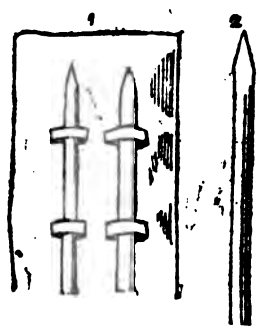

Fig. 3.

recueillir sur la lancette ordinaire ; l'avantage est de pouvoir ainsi expédier le virus sur une feuille de papier ou une carte dans laquelle on pratique deux fentes parallèles servant à intercaler les pointes d'ivoire, ainsi que l'indique le numéro 1

de la figure 3. Le mode opératoire seul est différent. Une incision ou plutôt une scarification, est d'abord pratiquée avec une lancette ordinaire, puis on dissout le virus concrété et desséché sur la pointe d'ivoire, dans la goutte de sang qui apparaît au niveau de la scarification.

Pour conserver le vaccin jennérien dans des *tubes*, on emploie des tubes capillaires présentant à la partie moyenne une sorte de renflement ou d'ampoule. Ces tubes sont difficiles à remplir avec le vaccin tiré d'une pustule prise sur le bras d'un enfant, d'abord parce que la quantité de vaccin est très peu considérable, et ensuite parce que le virus étant souvent mélangé à un peu de sang, il se produit parfois de petits caillots fibrineux qui empêchent le vaccin de monter dans le tube par capillarité et de le remplir complètement.

(*Suite et fin au prochain numéro.*)

Communication (1).

LA LÈPRE.

Trinidad, 27 juillet 1881.

M. Antonio Marquez,

MONSIEUR,—Je réponds à votre honorée du 15 juin, qui me demande mes idées sur la lèpre. C'est une immense question, comme vous le pensez bien, et qui en enveloppe une foule d'autres. Vous connaissez mon petit livre: *La lèpre est contagieuse,* qui se trouve chez Bainière, 19, rue Hautefeuille, à Paris. J'en prépare un autre, qui paraîtra dans quelque temps, et où seront traités des points de la dernière importance.

Au milieu de tout cela, que vous dire dans une lettre ?

La lèpre ne se répand absolument que *par communication;* elle ne se forme pas spontanément.

J'entends *par communication :*

1° *L'hérédité;*

2° *Les rapports des sexes;*

3° *L'innoculation;*

4° *La contagion.*

La principale voie est l'*hérédité,* qui franchit quelquefois plusieurs générations. Mais il faut aussi tenir compte des autres moyens, parce qu'ils sont autant de sources premières, qui deviennent des chefs d'hérédité.

(1) Nous publions avec plaisir la lettre suivante que nous communique M. Marquez. (NOTE EDIT.)

Il est un fait extérieur auquel on fait peu d'attention, et qui cependant mériterait tous les soins des gouvernements. C'est que, entre Etats divers, la lèpre gagne beaucoup par *immigration* ou *importation* (ce qui est toujours la *commnnication*). Dans beaucoup d'Etats, il arrive des flots d'étrangers, dont beaucoup apportent la lèpre dans le pays; tels les nègres, les Hindous, les Chinois, les Portugais, etc. Il est d'une excessive importance de veiller à cette introduction *par le dehors*.

Quant à l'intérieur du pays, si tout est dans la communication, il n'y a qu'un moyen de se garantir, c'est la séparation par les lazarets ou autrement. C'est ainsi que l'Europe s'est délivrée; c'est ainsi que de nos jours la Suède et la Norwège font décroître rapidement la maladie chez elles.

Il est vrai que cela demande des ressources, de l'argent, une bonne administration, et que toutes les contrées n'ont pas ces secours,

En fait de médicament, le Hoâng-nân, quoique n'ayant pas eu le temps d'obtenir encore des guérisons absolues, produit chez la plupart des sujets des améliorations considérables.

Je souhaite, monsieur, que ces quelques notes vous soient utiles.

Je vous prie d'agréer l'assurance de toute ma considération,

J. ETIENNE, O. P.

Leper Asylum, Cocorîte, Trinidad (Antilles Ang.)
Nyslo, 20 1881.

REVUE DES JOURNAUX.

PATHOLOGIE ET CLINIQUE MÉDICALES.

Sur un nouveau mode d'auscultation du cœur, par le Dr LHUILIER, de Nancy.—Je voudrais donner, à défaut d'une expérimentation clinique que j'eusse préférée, le résumé d'un nouveau procédé d'auscultation du cœur, que l'on pourrait appeler : l'application des lois de l'acoustique à la connaissance du cœur sain et malade. Les faits étudiés en eux-mêmes et sur le vif seraient beaucoup plus éloquents que la parole.

Ce procédé est sous la dépendance de tant de considérations d'anatomie, de physiologie, de physique et même de psycho-

logie, qu'il exigerait pour son développement complet, un temps que j'appellerai considérable. Je dois craindre naturellement de ne pas bien remplir ma tâche et de ne donner qu'une esquisse un peu diffuse peut-être, et qu'il faudra au lecteur beaucoup d'indulgence pour accepter telle quelle.

Le cœur est un organe de mouvement et, par cela, un organe sonore. Il est en effet disposé pour l'être. Sa substance contractile, ses valvules élastiques, ses cordages tendineux et ses anneaux susceptibles d'étirement et de relâchement deviennent la source, par leur activité, leur jeu et leurs désordres, de sensations auditives fort multipliées. Mais à l'état sain les valvules du cœur gauche seules se font entendre. C'est le tic-tac si connu du cœur, si mal défini par ces deux mots. Il faut un certain degré d'émotion, à part l'état morbide, pour qu'il s'y joigne un bruit de contraction musculaire qui donne des vibrations sonores.

Ce tic-tac représente deux notes, la première plus basse, la seconde plus élevée, formant entre elles une tierce de *sol* à *si*. L'épanouissement contractile et vibratoire de la mitrale donne la première, la seconde est due à l'abaissement brusque des sigmoïdes; aussi est-elle plus courte. Je trouve ces notes à tous les âges, en tous les sexes, avec les constitutions les plus diverses; seulement il faut dire qu'elles s'altèrent vite. Le cœur comme la face subit facilement et conserve l'empreinte de la vie physique ou normale troublée. Une des personnes chez lesquelles j'ai trouvé ces deux notes frappantes d'une manière admirable vint, trois ans après, mariée, épouvantée, puis enrhumée, me consulter, n'offrant plus que des notes méconnaissables, accompagnées de deux nouvelles notes dépendant du cœur droit.

Leur altération est un signe de maladie et doit rester un élément de diagnostic. Voici comment se fait la transformation de cette sonorité.

Le *sol* descend d'une note, l'autre restant la même, ou les deux suivent la tierce musicale en continuant de descendre. Cependant la note aortique descend avec moins de facilité et dépasse rarement deux notes au-dessous; cela se comprend et s'explique aisément. Rarement elles montent; il faut déjà de certains désordres anciens pour que l'aigu succède au grave, à part les cas d'affection mitrale. D'autres fois, toujours avec un long temps, les notes ont entre elles un grand écart; par suite des désordres, de modifications anatomiques, elles forment une quarte et même une quinte.

Un fait important qui doit contribuer à enlever les doutes, c'est cette formule, à savoir : les orifices mitraux et aortiques

sains sont entre eux dans un rapport égal à celui des notes *sol* et *si* entre elles ; le rapport est 5|7. Lorsque ce rapport change, soit dit en passant, la modification causale est en raison directe de l'écart survenu : la souffrance sera plus grande, cela se trouve dans ce que l'on appelle parfois l'asthme nerveux.

J'oubliais de dire que ces notes du cœur sont cherchées en faisant agir des diapasons formant la gamme d'*ut* naturel.

Mais ce n'est pas tout : les valvules du cœur droit donnent aussi des notes quand il est malade. Elles sont à rythme renversé, la première haute et courte, la deuxième au-dessous sans tierce exacte, la seconde plus large et mieux frappée. Et ces notes entre elles et avec les deux autres s'expliquent par la conformation et la proportionnalité de l'aire des orifices.

Ici nous partageons, cela est à dire, l'opinion de Cruveilhier sur l'état de la valvule tricuspide. Elles ne se propagent que dans l'aorte, un peu vers la fourchette sternale et beaucoup parfois vers l'appendice xiphoïde.

La formation de ces deux notes droites est due surtout à une dilatation du cœur droit. Les quatre ensemble sont un grand signe d'affection cardiaque, souvent méconnue, et qui différencie l'hypertrophie vraie des différents cas de dilatation.

Les cas de dilatation simple du cœur se font reconnaître aussi par sa sonorité ; calme et douce au repos, bruyante et multiple dans l'action avec abaissement de son valvulaire. De même aussi le relâchement des anneaux aortiques surtout et mitraux.

Je suis forcé de passer beaucoup de faits et d'explications, car le sujet est complexe et je ne le donne pas comme achevé. Dans un intérêt de progrès scientifique ou d'utilité générale, je cherche des coopérateurs. Nous sommes fatigués d'un silence inexplicable en face de résultats pratiques si féconds et qui ont plus attiré l'attention des malades que celle des médecins.

On nous a supposé des raisons qui n'en sont pas: "Vous n'avez pas fait d'anatomie pathologique." Mais celle-ci se tire du processus morbide de l'évolution organo-pathologique, sans qu'il soit besoin d'un cadavre.

"C'est trop difficile, il faut être musicien." Le diapason donne le positivisme, l'état géométrique ; mais d'après les résultats acquis on peut s'en dispenser si on veut. On peut écouter sans lui les bruits du cœur droit, discerner les sons aigus des sons graves, les cas de dilatation, les cas d'hypertrophie, quoique ces derniers soient plus difficiles. Toute loi scientifique vraie finit par s'adapter aux besoins du médecin-praticien.

Cependant, j'ajouterai que je suis sur trois pistes. Dans la laryngite chronique avec aphonie, j'ai trouvé trois cas de suite de maladie du cœur droit ; y a-t-il un rapport ? Dans la chlorose, très souvent n'est-ce pas à rechercher encore ? Quelle est enfin la signification siméiologique de la propagation des bruits et des notes du cœur dans les parotides, les deux à la fois ou l'une ou l'autre seulement ?

Je dirai pour les jeunes étudiants que, s'ils veulent se faire une idée juste des frémissements vibratoires de la myocardite, ils n'ont qu'à prendre une fourchette de table et en frapper les fourchons d'un coup sec que l'on reçoit légèrement par le manche dans la paume de la main.—*Le Médecin Praticien.*

—

Sur quelques points du traitement de la blennorrhagie.—Le traitement de la plennorrhagie qui paraît si simple au premier abord est cependant le plus souvent si mal compris qu'on ne saurait revenir trop souvent sur cette grave question qui se présente chaque instant. Un premier fait très discuté se présente, c'est celui du traitement aborttf de la blennorrhagie. M. Maurice en est partisan, mais dans le cas où l'on peut intervenir dans les douze ou quinze heures, ce qui est un cas absolument exceptionnel. Quelques heures plus tard, il ne serait déjà plus temps. Les injections de nitrate d'argent constituent alors le meilleur procédé à employer. On peut les répéter toutes les dix heures pendant trois ou quatre jours, ou n'en faire qu'une seule. Dans le premier cas on se sert de la solution faible :

Nitrate d'argent.....	0.30 centigr.
Eau distillée.....	30 grammes.

On fait faire cette injection toutes les dix heures. et comme c'est inutile d'atteindre tout le canal, puisqu'à ce moment l'inflammation est cantonnée dans la partie antérieure, on peut empêcher l'injection de pénétrer plus avant en serrant ou liant la racine du pénis. On renouvelle l'injection au bout de dix heures et on en fait ainsi cinq ou six.

Dans le second procédé, qui est préférable, la solution à employer est la suivante :

Eau	30 grammes.
Nitrate d'argent.....	1 gramme.

On agit comme précédemment. Si au bout de quarante huit heures l'écoulement n'est pas arrêté, on renouvelle l'in-l'injection, et cela trois ou quatre fois environ dans les mêmes délais.

La douleur produite par l'injection n'est pas aussi forte qu'on pourrait le croire, et cependant il arrive souvent que les malades se trouvent mal à ce moment, phénomène commun d'ailleurs dans toutes les opérations même les plus légères qui ont pour siège les voies génito urinaires. Il se produit ensuite un écoulement séreux très abondant qui se change bientôt en pus ; quelquefois même il y a écoulement de sang. Ces phénomènes durent cinq à six heures, puis diminuent peu à peu et l'écoulement cesse progressivement. Mais, si après avoir cessé, il reprend cinq ou six heures plus tard, on doit recommencer l'injection ; après trois injections ainsi faites, si l'écoulement n'est pas supprimé complètement, on doit renoncer à ce mode de traitement qui est d'ailleurs absolument exceptionnel, il ne faut pas l'oublier, et recourir alors au traitement habituel, lequel consiste à n'agir activement qu'à une période déjà avancée de la maladie.

Dans la première période, la période d'augment, c'est surtout la douleur et les érections nocturnes souvent si pénibles qu'on devra combattre. Indépendamment du traitement hygiènique et des émollients qu'on doit employer à cette période, on doit alors intervenir activement par différents médicaments. On peut donner alors deux à trois cuillerées à bouche chaque jour du sirop suivant dans autant de tasses de nymphéa :

Sirop d'écorces d'oranges amères..... } Sirop de codéine..... }	100 grammes
Bromure de potassium.....	10 grammes

Le sirop suivant donne aussi de très bons résultats :

Sirop de digitale..... } Sirop de morphine..... }	50 grammes
Bromure de potassium.....	20 grammes

Une cuillerée à bouche seulement le soir dans une tasse de tilleul.

On peut encore, comme l'a conseillé M. Martin, employer le chloral à suppositoires, à la dose de 1 gramme pour 5 grammes de beurre de cacao. Beaucoup d'autres procédés trop longs à énumérer ont été proposés dans le même but.

D'autres indications peuvent être fournies par des douleurs extrêmement intenses qui existent quelquefois au niveau du collet du bulbe; on peut les combattre simplement par des cataplasmes laudanisés ou de la glace ; mais il existe aussi souvent des douleurs profondes, ano-périnéales, quelquefois exclusivement nerveuses, mais le plus souvent sous la dépendance d'une phlegmasie profonde, origine de quelque complication. Quinze ou vingt sangsues sont alors nécessaires, et on doit insister sur les moyens antiphlogistiques.

Au sujet des douleurs, M. Mauriac a fait remarquer qu'elles étaient quelquefois d'une intensité extraordinaire et pouvait durer ainsi jusqu'au cinquantième jour de la maladie ; dans certains cas aussi, elles peuvent se produire à la racine des bourses, d'une manière toute spontanée en dehors de la miction et des érections. Elles se manifestent par une sensation de gêne, de pesanteur à la portion antérieure de l'anus; quelquefois même sous forme de douleurs constrictives ou véritablement tétaniques qui se propagent vers les fesses et les cuisses et déterminent un état de nervosisme comparable à celui qui a été observé chez certaines femmes atteintes d'affection de l'utérus; ces douleurs ne sont pas signalées par les auteurs, et ce ne sont pas toujours les blennorrhagies les plus intenses, les plus inflammatoires qui y donne lieu.

Bien qu'il y ait pas de modifications à apporter dans le traitement, la période suivante, période d'état est souvent la plus difficile à traiter, parce que le malade supporte difficilement l'inactivité de son médecin, alors qu'il aurait voulu se traiter dès le premier jour. Mais ce n'est que dans la période du déclin alors que les douleurs ont presque disparu, que l'écoulement est devenu visqueux, que l'on peut commencer à agir. Ce moment n'arive quelquefois que trente, quarante jours, quelquefois trois mois d'attente,mais il est nécessaire d'attendre jusque-là, sous peine d'insuccès, et alors c'est encore aux balsamiques et principalement au copahu, surtout à celui qui a été débarrassé de son huile essentielle, comme dans certaines préparation ; qu'il faut avoir recours. Ainsi préparé, le copahu a en effet pour avantage d'être toléré beaucoup plus facilement par l'estomac, de laisser les urines presque normales, et de ne pas déterminer d'éruption. Le traitement mixte par les opiats renfermant à la fois du cubèbe et du copahu est utile, mais plus difficile à faire suivre que celui par les capsules.

L'utilité des injections est résolue diversement par les auteurs. M. Mauriac les utilise, mais jamais dès le début de la période de déclin, et seulement lorsque les balsamiques ont été donnés pendant quatre ou cinq jours. L'inflammation à

presque disparu à ce moment et on peut alors user des injections astringentes. Les formules à cet égard sont presque innombrables et il est inutile d'en citer ici. Nous rappellerons seulement qu'elles peuvent avoir pour base le sulfate de zinc, le chloral à (1 pour 120) la teinture d'iode (10 à 15 gouttes pour 100), le tannate de zinc (1 pour 150, l'oxyde de zinc 2 à 5 pour 100), le sulfate de fer (0,50 pour cent), le sulfate de cuivre (0,25 pour cent 100), etc. Toutes ces injections peuvent être plus ou moins combinées les unes avec les autres. Quant au nitrate d'argent, même à très faible dose, M. Mauriac l'emploie rarement dans cette forme de blennorrhagie, parce qu'il donne quelquefois lieu à des douleurs extrêmement violentes. Cependant il a son indication dans les blennorrhagies qui ont une tendance à la chronicité.

On a une tendance à exagérer les précautions hygièniques; il faut songer cependant que ces malades sont souvent déjà affaiblis et qu'il faut éviter tout ce qui pourrait tendre à les affaiblir davantage. On doit tout simplement les priver de vin pur, de vin blanc, de bière surtout qui a une influence considérable sur les écoulements, et il faut bien se garder de leur imposer toute privation qui pourrait diminuer leur appétit et altérer leur état général.

Plus encore que la blennorrhagie aiguë, la blennorrhagie chronique présente de grandes variétés dans son aspect, dans sa nature, et demande une grande variété dans le traitement qui lui est appliqué. Avant tout, on doit s'attacher à l'état de la santé générale qui est presque toujours atteinte : aussi le régime doit-il toujours être substantiel.

Le fer, le quinquina, le antiscrofuleux seront administrés si cela est nécessaire et on recommandera surtout le grand air, l'exercice, les bains froids, les bains de mer surtout; ce dernier moyen peut souvent suffire à guérir une blennorrhagie persistante. Parmi les médicaments internes, à côtés des balsamiques qui n'ont que rarement leurs indications, on peut citer la teinture de cantharide, très vantée en Amérique, mais qui doit être maniée avec de grandes précautions. On la donne à la dose de trois à cinq gouttes trois fois par jour. On peut aussi la combiner avec le fer: alors on donne trois fois par jour dix goutte de la mixture suivante:

Teinture de cantharide..... 8 granmmes.
Teinture de mars tartarisée..... 24 grammes.

Mais c'est presque toujours aux injections extrêment variées dans leur composition et chacun peut modifier dans le sens qui

lui paraît utile. Parmi ces préparations, l'injection dite des trois sulfates peut rendre de grands services.

Eau destillée	200	grammes.
Sulfate de fer..... Sulfate de zinc.... Sulfate de cuivre	āā 0.50 à 75	centigr.
Emulsion de gomme	20	grammes.

M. Diday conseille :

Eau destillée	100	grammes.
Liqueur de vau Swieten	20	grammes.

Il est nécessaire, d'alterner les formules entre elles et de ne pas persister plus de dix jours avec la même substance pour éviter l'accoutumance qui ne manquerait pas de se produire du côté de l'urèthre.

Dans les blennorrhagies torpides, on peut être obligé de recourir aux injections caustiques pour lesquelles on emploie le nitrate d'argent à dose variable. On peut faire, par exemple, trois injections par jour avec

Eau destillée	200	grammes.
Nitrate d'argent	0,05	centigr.

Mais il est préférable d'employer une solution plus forte, contenant 0,10 centigrammes pour 100 grammes d'eau, par exemple, en faisant faire une seule injection par jour, puis redonnant ensuite le balsamique comme s'il s'agissait d'une blennorrhagie récente. Mais il faut savoir que le nitrate d'argent doit toujours être manié avec de grandes précautions en raison des accidents de cystite, rétentions d'urine, etc... qu'il peut déterminer. Aussi ne doit-on l'employer que dans des cas très rebelles et lorsque beaucoup d'autres moyens auront échoué.—*Journal de médecine et de chirurgie.*

—

Du traitement de la pleurésie chez les enfants, par M. J. Simon, médecin de l'hôpital des Enfants malades.— Etant donné un enfant atteint de pleurésie, la première chose à faire, c'est de le laisser au lit et de l'y maintenir quand même.

Chaque fois que cette prescription est transgressée, on constate une augmentation de l'épanchement. On emploiera, dès le début, des diurétiques ; le meilleur est le lait pur ou aromatisé ; on peut alterner avec la tisane de queues de cerises. On peut également formuler une préparation de scille ou de digitale :

Eau de tilleul, 105 gr. ; teinture de scille et de digitale, de chaque, 10 gouttes ; oxymel scillitique. 95 gr., pour édulcorer, F. S. A. — A prendre par cuillerées à café toutes les demi-heures.

Tous les deux ou trois jours, on fera sur les intestins une révulsion au moyen de la manne, mannite, chocolat à la magnésie, et surtout très simplement avec deux ou trois pastilles de calomel de 5 centigr. chacune.

Enfin, on appliquera des vésicatoires, en ayant soin de commencer par en appliquer de fort petits, de 4 à 5 centimètres de diamètre, et de ne les laisser que peu de temps. Des vésicatoires plus grands auraient pour effet de brider, pour ainsi dire, la poitrine et d'empêcher l'enfant de dilater son thorax du côté atteint. Il est préférable de revenir plus souvent sur leur emploi.

En somme, le traitement de la pleurésie aigue franche se compose : de prescriptions hygiéniques, de diurétiques, de purgatifs et de révulsifs cutanés. Dès le cinquième jour, lorsque la fièvre est tombée, on peut permettre une légère alimentation. A ce moment, la digitale sera suspendue pendant quelque temps, car il faut redouter ses effets sur les enfants bien plus que ceux de l'opium, qui, bien manié, est bien toléré. On se contentera de sucrer la tisane avec du sirop de pointes d'asperges.

Si l'épanchement persiste au-delà de trois semaines, on ne servira de l'huile de croton mitigée, dont l'effet est fort utile à cette période.

Si, cependant, malgré ce traitement, l'épanchement ne se résorbe pas, faut-il avoir recours à la thoracentèse ? M. J. Simon en paraît peu partisan. Chez l'enfant, il ne fait de thoracentèse : 1° au début, que si l'épanchement est d'emblée très considérable, s'il siége à gauche surtout, bien que la torsion du cœur soit bien mieux supportée à cet âge que chez l'adulte. On a, dans ce cas, la main forcée par des épanchements qui, en 24, 36 heures, menacent d'étouffer le malade ; 2° après le premier mois, lorsque la persistance du liquide fait craindre sa transformation purulente ; 3° quand l'épanchement est purulent. (*Le Concours Medical*, 4 juin 1881.)—*Lyon Médical.*

Du traitement de la diarrhée et de la dyssenterie chroniques, par E. MAUREL.—L'auteur traite de la même manière les deux maladies, quelle que soit leur origine ; il commence par les purgatifs répétés. Aujourd'hui l'auteur donne constamment l'ipéca, soit 2 gros dans les cas aigus, 1½ et 1 gros pour les cas chroniques, suivant l'intensité, d'ipéca concassé, macéré dans 4 onces d'eau donnés en six fois dans les vingt-quatre heures, par deux cuillerées à la fois ; le même ipéca sert à faire une troisième macération, donnée le deuxième et le troisième jour, de la même manière ; bouillon comme régime ; il est rare que les selles ne diminuent pas dès le deuxième jour. Le quatrième jour est commencé le régime lacté pur à la dose d'un litre et demi dans les vingt-quatre heures ; augmenter d'un demi-litre tous les trois jours jusqu'à trois litres environ. Le lait doit être employé *cru* autant que possible. Continuer jusqu'à ce qu'il y ait une seule selle moulée par jour ; dix jours en général suffisent. Alors commence le régime mixte avec six périodes ; 1° celle des *œufs*. Un œuf correspond à un demi-litre de lait ; par chaque œuf l'on diminue le régime lacté d'autant de demi-litres, et les selles restant moulées, l'on passe à la 2° période des *viandes rôties ; côtelettes et rôti de mouton bien cuit ;* une côtelette représente à peu près un demi-litre de lait. Arrive alors la troisième période, pleine d'accidents, *du pain et du vin ;* commencer environ par 4 onces de pain ; celui-ci étant bien supporté, passer au vin, 7 centil. d'abord, et toujours à la première menace de rechute, revenir en arrière. Si tout va bien, 4° *légumes verts et secs*, lentilles, puis légumes verts, salade. La cinquième période, celle des *ragoûts*, est une des plus difficiles à franchir ; plus une viande est cuite, plus elle est indigeste ; ainsi en est-il du lait brûlé. La sixième période, c'est le régime de la caserne, bœuf bouilli et soupe aux choux. L'auteur, médecin de marine, soumet les soldats à l'exercice des haltères une demi heure, une heure par jour.

Les urines ont été étudiées avec soin ; la quantité des matières solides dans l'urine est ici chose importante comme indiquant l'état de la nutrition, et avec l'amélioration de celle-ci augmente le chiffre des matériaux solides de l'urine, de l'urée entre autres. (*Bulletin de thérap.*)—*Lyon médical.*

—

Du traitement de l'indigestion, *par le docteur* AUDHOUI.—Ce traitement a pour but de favoriser le nettoiement spontané des organes digestifs, de le provoquer s'il tarde à se faire et finalement de rétablir la digestion.

L'indigestion bénigne, extrêmement légère et comme avortée, n'exige aucun soin particulier : tout au plus le *grand air* et quelques cuillerées d'*eau de vie*, de *rhum* ou de toute autre liqueur. La *glace aromatisée* est admirable dans ces sortes d'indispositions, qui sont dues à un excès d'aliments et de boissons. Prise à la fin d'un dîner succulent et chargé de vins, elle facilite la digestion et prévient l'agitation, le coma vigil et l'insomnie même qui suivent habituellement de tels repas.

Lorsqu'il y a lieu de croire que l'indigestion se terminera sans évacuations immédiates, le mieux est de faire coucher le patient s'il n'est pas au lit, de le réchauffer, de lui présenter enfin un verre d'*eau fraîche*, légèrement aromatisée avec de l'*eeu distillée de fleurs d'oranger*. Il boira cette potion par petites gorgées, et non tout d'un trait.

En même temps on activera les mouvements de l'estomac et des intestins par des *frictions* faites sur la paroi abdominale avec la main fortement chauffée et enduite de baume tranquille, d'huile de camomille camphrée ou d'huile d'olive même. Les serviettes chaudes appliquées sur l'épigastre sont encore fort utiles ; elles ne valent pas cependant un doux massage des organes digestifs.

On favorisera, à l'aide de quelques infusions aromatiques tièdes, le vomissement spontané.

Si le patient, tourmenté par les nausées et les efforts pour vomir, ne vomissait pas, il faudrait provoquer l'expulsion des matières contenues dans l'estomac, soit en portant le doigt sur la luette et les amygdales, soit en donnant un vomitif. Pour remplir cet objet, on peut se servir d'eau tiède bue à petits coups ou des compositions d'Ipéca ; le tartre stibié cependant, à cause de son administrrtion facile et de sa plus grande énergie, paraît mériter la préférence.

Les désordres intestinaux ayant paru, s'il survient des évacuations faciles et copieuses, on se contentera de lotionner l'anus avec de l'eau fraîche, et l'on donnera finalement des lavements d'eau pure tiède. On évitera ainsi le ténesme et les cuissons.

Mais lorsque les coliques sont fortes, le ventre tendu et les évacuations tardives et peu abondantes, il convient d'administrer une composition purgative qu'on fera prendre suivant les circonstances, soit par la bouche, soit par l'anus.

J'emploie communément le lavement purgatif, ou la limonade purgative gazeuse au citrate de magnésie édulcorée avec le sirop de groseille, ou si le malade le préfère, avec le sirop de grenadine ; j'observe cependant qu'on peut faire usage de toute autre composition du même genre.

Ainsi, par exemple, chez les sujets qui répugnent à prendre une boisson purgative ou qui éprouvent des langueurs d'estomac avec un sentiment de réfrigération que ne pourrait qu'augmenter l'emploi des sels neutres en solution, il m'a paru préférable de mettre en usage la composition suivante :

Poudre de jalap	gr. x.
Poudre de magnésie blanche.....	gr. x.
Huile volatile de girofle.....	2 gouttes.

Mêlez les poudres dans un petit mortier, ajoutez l'huile volatile et mêlez très-exactement. Divisez le produit en trois parties égales dont vos ferez trois bols enveloppés dans des pains azymes.

Je fais prendre ces bols soit immédiatement l'un après l'autre, soit en trois temps séparés par un intervalle de quinze à vingt minutes.

Cette composition très-élégante est généralement bien tolérée ; elle évacue sans coliques et sans affecter l'estomac. La dose entière est pour les adultes ; un seul bol suffit aux jeunes enfants, deux bols à ceux qui sont un peu plus âgés.

Les voies digestives étant netteyées à fond, il ne reste plus qu'à supprimer, s'il est possible, les causes qui ont provoqué l'indigestion et à recommander la sobriété. (*Le Médecin Praticien*, 16 juillet 1881.)

—

Du traitement du scorbut par l'hydrothérapie.—Le docteur Costetti, après s'être convaincu de la presque inutilité de tous les remèdes les plus vantés contre le scorbut, s'imagina de s'adresser à l'ydrothérapie, moyen que l'on peut considérer comme original dans l'espèce. 28 malades furent traités de cette façon à l'hôpital militaire de Bologne, de 1873 à 1877, et 50 en 1878. Parmi ces derniers, 17 présentaient les phénomènes les plus graves avec difficulté ou impossibilité de rester debout, 13 pouvaient à grand'peine se lever et se rendre, à l'aide d'un bâton, à la salle d'hydrothérapie ; les autres, bien qu'à un moindre degré, pouvaient néanmoins, être rangés dans les scorbutiques graves. Tous guérirent dans une période de 37 jours ; elle eût été moindre pour une partie d'entre eux qui furent pris de fièvre périodique à récidives, mais qui n'en guérirent pas moins par la continuation du même traitement. Avant de commencer l'application de l'eau froide, l'auteur s'assurait soigneusement si ses malades étaient sans fièvre et indemnes d'inflammation aiguë ou subaiguë thoracique ou

abdominale, et surtout de tout vice cardiaque. Dans certains cas spéciaux, une hydropisie légère, l'arthrite, la polyarthrite subaiguë, et encore moins l'arthralgie, ne furent pas considérées comme contre-indication. La cure fut établie avec la plus grande circonspection en s'en rapportant d'ailleurs aux divers effets obtenus; tantôt on eut recours à la douche en pluie, tantôt à la douche pulvérisée en cercle, qui est la plus puissante; pour les indurations viscérales ou pour celles des mollets, la douche allait progressivement de la pluie à la colonne concentrée. Quant à la pathogenèse de la maladie, les théories humorales pas plus que celles des solidistes ne satisfaisant l'auteur il en est arrivé, en étudiant l'étiologie, la sémeiologie et surtout en se basant sur les brillants résultats de sa méthode de prédilection, à admettre que le scorbut " dépend d'une atonie des vaso-moteurs ou trophiques, envahissant de préférence les muqueuses et l'épaisseur des muscles avec une tendance hémorrhagique en rapport avec les raisons complexes de débilitation."—*Bulletin de thérapeutique.*

—

Ozone.—Le docteur Barlow, dans un récent travail sur les effets de l'ozone sur l'économie animale, n'arrive pas aux mêmes conclusions qui avaient été données jusqu'ici par Ireland Richardsen, Redfren, etc. Il prépare son air ozonisé avec l'appareil de Brodie et le purifie de toute trace d'acide nitrique qui pourrait se former sous l'influence de l'étincelle électrique.

Les conclusions de ce travail sont les suivantes :

1° L'ozone déprime le système nerveux, effet probablement secondaire et dû à l'excès d'acide carbonique dans le sang;

2° Il abaisse le chiffre normal des respirations et diminue l'action du cœur en force et en fréquence;

3° L'inhalation d'air ozonisé produit une diminution de la quantité normale d'acide carbonique éliminé et d'oxygène absorbé;

4° La diminution du nombre des respirations qui relentissent les mouvements du cœur, et la diminution de la quantité d'acide carbonique exhalé sont dus probablement à l'action de l'ozone sur la muqueuse pulmonaire;

5° L'altération de la muqueuse peut, si l'ozone inspiré est en grande quantité, ou si l'air expiré renferme un excès d'acide carbonique être assez considérable, amener la mort en une heure par asphyxie;

6° Si la quantité d'ozone est moindre, l'altération de la mu-

queuse pulmonaire ne tue pas par asphyxie, mais la mort est due à l'inflammation des bronches;

7° La mort par inflammation bronchique peut arriver après un séjour d'une heure dans une atmosphère renfermant 1 % d'ozone;

8° L'air ozonisé en contact direct avec le sang décolore les globules rouges, arrête les mouvements amiboïdes des leucocytes, rend visibles les noyaux de globuless et donne naissance à des granulations dans le sérum;

9° Le changement de couleur des globules est dû probablement à la combinaison de l'ozone avec l'hémoglobine.

Ces résultats seraient presque opposés à ceux d'Ireland, pour qui l'ozone accélère la respiration et la circulation, excite le système nerveux, coagule le sang, augmente la proportion de fibrine et ne présente aucun inconvénient quand il est respiré pendant longtemps.—(*Revista clinica di Bologna*:—*Lyon Médical.*

—

Aérothérapie. — Depuis les études faites par Cropp, Schreiber et Krause sur l'aérothérapie, une autre application de cette méthode thérapeutique a été faite par Charrier dans le traitement de l'obésité. Cet auteur rapporte dans l'*Union médicale* de 1880 deux observations de malades considérablement améliorés par l'air comprimé. Une malade avait beaucoup de difficulté pour respirer à cause de son état d'obésité: après deux bains d'air comprimé, la toux était moins forte et le malade avait maigri de 12 livres; au vingtième bain elle avait encore diminué de 5 autres livres. Un goutteux avait perdu 22 livres de son poids après 19 bains pris en 25 jours.

Le professeur Fasce a publié quelques-unes de ses études sur l'*élimination de l'acide carbonique dans l'air expiré, à la suite d'inspiration d'air comprimé dans l'appareil de Waldenburg.*

Les expériences ont été faites avec beaucoup de soin sur quatre jeunes gens bien constitutés et de bonne santé, deux fois par jour et pendant sept jours consécutifs.

Contre toute prévision, il observa constamment que les proportions d'acide carbonique n'étaient pas augmentées après ces inspirations ni immédiatement, ni quelques heures après, ni dans les jours suivants. Il est donc autorisé à croire que la production du gaz n'a pas été augmentée, car s'il y en avait eu une plus grande quantité dans le sang, on l'aurait facilement retrouvé dans l'air expiré, précisément parce que les respiratoires complètement libres à l'absortion du gaz acide carbonique, quel qu'eût été son degré de condensation. Ce qui n'em-

pêche pas que les inspirations d'air comprimé seront toujours un remède efficace pour faciliter l'expansion du thorax et du poumon.—(*Il Morgagni*).—*Lyon médical.*

Traitement de la migraine par le chanvre indien. —D'après le Dr LATHROP, il faut donner des petites doses de haschisch de manière a maintenir pendant longtemps l'influence du médicament. Tout d'abord l'effet du médicament n'est pas appréciable et ce n'est qu'après qu'on l'aura continué pendant plusieurs semaines que les accès deviendront moins graves et moins fréquents.

Pendant la première quinzaine la dose est de $\frac{1}{3}$ grain avant avant chaque repas ; pendant la seconde quinzaine cette dose pourra être élevée à $\frac{1}{2}$ grain ; enfin on augmentera successivement de 1-10 grain jusqu'à la fin de la quatrième semaine. On s'arrêtera alors, et on continuera pendant plusieurs mois. Ce n'est qu'au prix d'une grande persévérance que l'on peut obtenir le succès désiré.—*Le Médecin Praticien.*

PATHOLOGIE ET CLINIQUE CHIRURGICALES.

Des opérations applicables aux loupes du cuir chevelu.—Si on parcourt les livres de pathologie, les traités de médecine opératoire, les revues cliniques, on les trouve très pauvres en ce qui concerne les opérations applicables aux loupes de cuir chevelu. Point de détails sur les manœuvres opératoires dont elles sont justifiables ; partout on constate une certaine répugnance à en conseiller la cure radicale. Pour quelques auteurs, ce sont presque des " noli me tangege."

Il y a lieu de revenir sur ce point très important de la pratique, et on peut rendre de grands services en s'occupant minutieusement de cette lésion. La loupe constitue une infirmité fort désagréable ; par son volume ou par son nombre, elle peut former des masses réellement difformes. Puis elle n'est pas aussi indolente que beaucoup de chirurgiens qui répugnent à les opérer veulent bien le dire. Elles sont douloureuses de diverses façon. On voit des surfaces eczémateuse se former au voisinage de la loupe. Enfin la loupe peut s'ouvrir : dès

lors, la suppuration s'établit, laisse une fistule interminable, et dans des cas qui ne sont pas rares, on voit naître autour de ces fistules ces érysipèles du cuir chevelu, dont on redoute avec juste raison l'apparition à la suite des opérations.

Les loupes du cuir chevelu sont bien des tumeurs à opérer, et l'on ne peut pas, à proprement parler, considérer ces opérations comme des opérations de complaisance; elles sont de nécessité. Mais quel procédé employer?

M. Championnière estime que même avant la sécurité que donnent les moyens de la chirurgie moderne, l'emploi de l'instrument tranchant était bien tentant.

L'instrument tranchant est peut-être ce qui fut le plus anciennement préconisé. Il est d'un emploi facile, et s'il n'avait engendré aussi souvent des complications d'érysipèle, il aurait été très généralisé.

Des charlatans ont enlevé les loupes avec des caustiques; puis des médecins ont adopté ce procédé en défendant ses avantages et en oubliant trop facilement les inconvénients.

L'opération avec le caustique serait facile, non douloureuse, rapide, exempté de complications.

La plus simple est l'application d'une traînée de caustique de Vienne. Amussat conseillait d'appointer un bâton de caustique Filhos (potasse caustique et chaux vive) et de le faire pénétrer dans la poche par des mouvements de rotation. On a conseillé aussi l'emploi d'une allumette pointue, trempée dans l'acide nitrique, et, qu'à plusieurs reprise, on appliquait sur la surface de la tumeur.

Or, on peut dire de toutes ces applications qu'elles sont souvent très douloureuses; les applications peu étendues échouent quelquefois; le résultat, c'est-à-dire la chute du kyste d'abord, puis la cicatrisation sont lentes à obtenir. M. Championnière a souvent vu un bourgeon charnu contre lequel le peigne se heurtait douloureusement longtemps après l'opération.

Enfin le caustique ne met pas à l'abri de l'érysipèle. Le fait est affirmé formellement dans la *Médecine opératoire* de Sedillot, et il n'est probablement guère de chirurgien qui n'en ait vu des cas. M. Championnière en a connu plusieurs; il y a peu de temps encore celui d'un monsieur auquel on avait déconseillé l'opération au bistouri, qui fut opéré par la pâte de Vienne pour une loupe de très médiocre volume et faillit mourir d'un érysipèle.

Aussi des chirurgiens, très enclins au caustique pour d'autres cas, ont conservé l'opération par le bistouri pour celui-ci.

M. Maisonneuve, par exemple, conseille l'incision sur la tumeur et la dissection du kyste avec des ciseaux.

Jobert opérait les loupes par l'opération qui paraît la plus simple et à laquelle ne manquait que la sécurité. M. Championnière a vu l'érysipèle chez les opérés de Jobert. Il consiste à fendre d'un seul coup de bistouri toute la tumeur, peau et kyste, à saisir le kyste avec une pince et à l'enlever d'un seul coup. Il appelait cela l'embrochement.

Arrivé à cette conviction que l'érysipèle ni l'infection purulente ne sont à redouter avec le pansement de Lister, M. Championnière a fait de l'opération de Jobert la base de sa pratique, et l'a appliquée un grand nombre fois. Cette méthode est appelée à rendre les plus grands services, mais à une série de précautions minutieuses pour en assurer la perfection.

Il faut d'abord opérer avec sécurité, puis il faut atteindre la perfection du résultat opératoire, deux choses impossibles avec les vieilles opérations.

S'il s'agit d'un homme et si les tumeurs sont de méniocre volume, les cheveux étant rasés autour de la tumeur ou coupés très courts, on savonne la tête ou on la lave avec l'eau de Panama (Quilaya saponaria), puis avec l'eau phéniquée forte. On embroche alors la tumeur à sa base et on la fend d'un seul coup de bistouri, avec deux pinces à griffe ou une pince à dissection et une à griffe, on saisit la paroi du kyste et on l'attire à soi; quelques tractions ou quelques coups de spatule suffisant à faire l'énucléation.

Autrefois M. Championnière s'est contenté de ce procédé opératoire, et opéra en 1876, à l'hôpital de Lariboisière, un homme, enlevant treize loupes en deux séances. L'embrochement terminé, on lava la plaie avec l'eau phéniquée forte, puis on appliqua du protectine sur chaque plaie linéaire, de la gaze phéniquée par-dessus, et le malade guérit très-vite. Toutes les autres précautions de la méthode de Lister étaient observées.

Mais, pour peu que la loupe ait un certain volume, toute la longueur de l'incision donne une croûte épaisse; la réunion n'est pas exacte. Il s'accumule souvent un peu de sérosité sous la peau de la poche restante. Aussi, depuis longtemps il applique aux opérations de loupes toutes les habitudes de la méthode de Lister, la suture et le drainage. Après ablation des loupes moyennes, il place deux points de suture; il glisse dans la cavité opératoire un très petit tube de caoutchouc ou un fragment de protectine qui sert très bien de drain. Si la cavité traumatique est volomineuse, il met un bon tube à drainage et multiplie les sutures suivant les besoins. Après ablation d'une de ces tumeurs très volumineuses, il mit jusqu'à sept points de suture. Le tube à drainage et les points de

suture doivent être enlevés le plus rapidement possible, au bout de quante huit heures ou de trois jours au plus tard. En laissant plus longtemps ces pièces, il a eu une durée plus grande de la répation. Il a fait la suture avec du fil d'argent du crin de Florence, du catgut. Il recommande d'éviter le fil d'argent douloureux à retirer et coupant trop vite les tissus. Le catgut est un bon moyen, mais il faut le couper sans attendre sa dissociation trop tardive; les tissus ont besoin d'être relachés dans les quarante-huit heures, surtout les téguments du crâne. Là, comme en tout endroit, le crin de Florence (crin des pêcheurs) lui parait le meilleur agent de suture.

Tout récemment il eut occasion d'appliquer ces préceptes chez trois femmes qui se sont trouvées simultanément dans la salle Richard-Wallace.

La première portait une seule loupe occupant la ligne médiane; ici l'opération était simple. Sans que la malade fût endormie, la tumeur a été traversée d'un coup de bistouri et énucléée. Points de sutures. La guérison a été très rapide.

Les deux autres malades présentaient des conditions beaucoup plus complexes. Une femme de soixante ans, au nº 15 de la salle Richard-Wallace, présentait sept loupes: trois très volumineuses, deux de médiocre volume et trois petites. La plus volumineuse datant de plus de vingt ans, située à la partie postérieure latérale droite de la tête, avait le volume d'une orange; deux autres accolées en avant au sommet de la tête avaient le volume d'un gros œuf. Autour et même sur les tumeurs existaient des cheveux abondants.

Le 7 juin, la malade étant chloroformisée, la plus grosse tumeur est circonscrite par une grande incision, de façon à exciser toute la peau exubérante. En un point, la tumeur est très amincie; une incision faite pour rendre l'énucléation plus facile donne issue à une grande quantité de liquide séreux mêlé de matière sébacée. La tumeur est assez difficile à détacher du crâne en arrière. Deux des autres tumeurs sont encore enlevés avec excision d'une portion de téguments.

Deux autres sont encore enlevées par transfixions, sans excision de peau. Cela fait, les surfaces traumatiques dénudées forment une telle étendue, que M. Lucas-Championnière juge prudent de remettre à une autre séance l'ablation des dernières tumeurs. La plaie de la plus grosse est réunie par cinq points de suture avec gros drain; les deux suivantes reçoivent deux et trois points de sure et un drain, les deux dernières un point de suture et pas de drain. Lavage phéniqué fort abondant, pansement de Lister très large.

Le 8, pansement, ablation de la moitié des points de suture,

raccourcissement des drains. Le 9, ablation de tout drain et points de suture. Le 16, la cicatrisation est complète.

Le 22, sans anesthésie, les deux tumeurs restantes sont enlevées, deux points de suture sur chaque tumeur.

Sortie le 4 juillet, la guérison est complète depuis plusieurs jours.

Au nº 3, une femme de soixante-dix ans a présenté la répétition des mêmes phénomènes. Elle ne portait que deux loupes, mais l'une avait le volume d'une grosse orange et était ouverte. Elle entre le 15 juin et est opérée le 17 avec anesthésie. Ablation de la plus grosse tumeur à peu près comme dans le cas précédent. Sept points de suture et drain. Pour la petite tumeur, pas de points de suture. Pansement le surlendemain. Le 24, ablation du drain et de sept points de suture. Sortie le 1er juillet, après guérison complète.

Ces deux dernières malades étaient fort intéressantes à cause du volume énorme des tumeurs et de quelques circonstances qui permettent bien d'établir des règles opératoires.

Lors de l'ablation des grosses loupes, l'extirpation de la poche est parfois très difficile, et il serait bon d'être muni de pinces larges et plates. Quand les loupes sont très grosses, il est sage de réséquer une partie de la peau, mais non pas toute la peau qu'il semblerait nécessaire de supprimer. La peau du cuir chevelu se rétracte vite et bien.

Il n'est pas nécessaire de couper les cheveux. Dans ces deux cas, les cheveux abondants furent bien conservés; mais il faut être très attentif à faire un bon lavage phéniqué, à chaque pansement; à toucher à l'eau phéniquée les caillots de sang incrustés dans la chevelure, à mettre un pansement aussi large que possible en enveloppant le cuir chevelu tout entier.

Il paraît téméraire de mettre les points de suture, et cependant ils jouent un rôle excellent pour la rapidité de la guérison.

L'anesthésie est nécessaire, surtout quant les tumeurs sont anciennes; dans ces cas, l'énucléation est quelquefois laborieuse.

Faire couler la matière sébacée dans le tissu cellulaire n'a pas d'inconvénients si la plaie est ensuite bien lavée. La division préalable des tumeurs en deux rend l'opération rapide et facile.

Les opérations précédentes ont été faites avec le pansement de Lister complet, dans une salle encombrée de brancards, et où plusieurs érysipèles se sont montrés chez des femmes atteintes de lésions insignifiantes et non couvertes du pansement de Lister.

Ces détails sont intéressants à connaître en ce qu'ils donnent une marche à suivre pour l'application rigoureuse ou modifiée du pansement pour une opération dont la nécessité peut se présenter chaque jour, et que le chirurgien doit aujourd'hui pratiquer partout sans danger.—*Journal de méd. et de chir.*

—

Les greffes osseuses. — Tel est le sujet d'une note présentée à l'Académie des Sciences de Paris, par M. le Dr Ollier. Il s'exprime comme suit :

Grâce à la méthode antiseptique, et en particulier au pansement de Lister, qui est jusqu'ici le procédé le plus pratique, la chirurgie est aujourd'hui en mesure de réaliser certaines opérations, formellement proposées depuis longtemps, mais restées à l'état de conceptions théoriques, à cause des dangers qui accompagnaient jusqu'ici la plupart des plaies pratiquées sur l'homme, surtout dans les tissus profonds.

La greffe animale est une des opérations qui devront bénéficier le plus de la possibilité que nous avons aujourd'hui de soustraire les plaies aux agents infectueux. Son principal obstacle a été, en effet, jusqu'ici, l'altération septique du milieu organique dans lequel devrait vivre le tissu transplanté.

La greffe osseuse, en particulier, nous permettra de pratiquer chez l'homme les opérations restauratrices, que nous n'avions pu faire réussir que chez les animaux, plus tolérants pour les traumatismes. On peut même espérer obtenir chez l'homme des résultats plus complets, parce que l'opéré humain gardera le repos et l'immobilité qui sont indispensables au succès de l'adhésion des tissus transplantés.

Il en sera probablement pour les greffes comme pour les résections sous-périostées, qui donnent chez l'homme des résultats plus réguliers, plus satisfaisants que chez la plupart des mammifères, par la seule raison que l'homme se soumet au traitement consécutif nécessaire à une production osseuse régulière.

M. Mac Ewen, de Glascow, dans la note que j'ai eu l'honneur de présenter à l'Académie, vient de confirmer de la manière la plus éclatante la réalité de la greffe osseuse sur l'homme.

Il a réussi à reconstituer 0m., 114 de la diaphyse humérale, au moyen de six fragments osseux cunéiformes retranchés sur des tibias de jeunes enfants atteints d'incurvations rachitiques. Il a transplanté, selon la règle que nous avons formulée d'après nos expériences, le tissu osseux complet,

c'est-à-dire la substance osseuse revêtue de son périoste et garnie de sa moelle ; mais il a eu depuis l'idée de la diviser en petits fragments de 0m., 003 à 0m., 005 de diamètre sur 0m., 005 d'épaisseur, et en dernier lieu de 0m., 013 sur 0m., 007. Il a eu pour but d'augmenter les surfaces de contact de la greffe avec les tissus ambiants et de multiplier les centres de prolifération des éléments ostéogènes. Ce procédé lui a parfaitement réussi.

Jusqu'à ces derniers temps, par crainte de voir la greffe ne pas se souder aux tissus voisins et engendrer au milieu des tissus une source de produits septiques dangereux pour l'économie, j'avais, dans la rhinoplastie en particulier, laissé les lambeaux osseux en rapport avec le reste du corps par un pédicule de parties molles ; c'était une sorte de greffe par approche. Mais, aujourd'hui, on devra faire des transplantations véritables et emprunter la matière osseuse à une partie quelconque du squelette du sujet, ou mieux encore à un autre individu *sain*, en mettant à profit la substance osseuse qu'on est si souvent obligé de sacrifier dans certaines opérations. Percy avait essayé, à la fin du siècle dernier, de réparer ainsi par la greffe osseuse le déficit de certains os fracturés, mais il avait eu malheureusement l'idée d'emprunter ses greffes à des os de bœuf. Cette idée, que nous tenons aujourd'hui pour peu physiologique, après l'insuccès de nos greffes entre animaux d'espèces différentes, fut d'autant plus fâcheuse que Percy était, à ce moment, abondamment pourvu de matière ostéoplastique par les blessés qu'il amputait chaque jour.

Certaines tribus de l'Ethiopie, d'après M. d'Abbadie, prétendent réparer les os de leurs blessés en greffant à leur place des os de veau ; nous avons retrouvé la même tradition en Algérie, avec cette différence seulement que l'on empruntait au chien la matière de la greffe. Mais ce sont probablement des erreurs populaires qui ne méritent pas plus de crédit que l'histoire racontée autrefois par Job à Meckreem relative à la réparation d'une perte de substance du crâne par un os de chien.

Ce n'est pas dans cette transplantation entre sujets d'espèces différentes que la chirurgie pourra trouver des ressources nouvelles : c'est dans la transplantation d'os humains et surtout d'os de jeunes sujets, transplantations qui seront d'autant plus praticables qu'on pourra, à défaut d'un os pris sur un autre sujet, faire subir pour ainsi dire sans danger, à l'aide de la méthode antiseptique, des pertes de substances à certaines parties du squelette du sujet même qui aura besoin de matière ostéoplastique.

Le périoste est le tissu de l'os qui est le plus apte à se greffer. Nous avons plusieurs fois greffé des lambeaux de périoste humain sur des plaies granuleuses, et, malgré l'exposition à l'air d'une des faces du lambeau transplanté, la greffe s'est effectuée pour la totalité du tissu transplanté. Mais avec le pansement de Lister nous pouvons aller plus loin, comme le prouve le fait de M. Mac Ewen, et comme le prouvent aussi les greffes de fragments osseux complétement détachés ou tenant à peine par quelques filaments périostiques ou médullaires, abandonnés dans un foyer de fracture. Si l'on peut prévenir la suppuration (et l'on obtient souvent ce résultat à l'aide du pansement de Lister), la greffe s'opère ; le fragment osseux se soude et reprend ses adhérences avec les tissus vasculaires qui l'entourent.

Mais cette greffe sera bien plus facile avec des lambeaux osseux régulièrement taillés et placés dans une loge méthodiquement délimitée avec le bistouri, sous les irrigations ou le nuage phéniqués, au milieu de tissus sains et non contusionnés.

Les conditions de persistance et d'accroissement ultérieur de tissu osseux transplanté à distance ont été déjà déterminées par nos expériences antérieures et démontrées par les pièces que nous avons eu l'honneur de soumettre à l'Académie de 1859 à 1861. Je rappellerai à cet égard que les *transplants* devront, lorsqu'on aura le choix, être pris sur des sujets jeunes, c'est-à-dire devront être constitués par des tissus ayant encore un grand accroissement en puissance. C'est dans ces conditions que la poliférations cellulaire, effective au point de vue de l'augmentation de la masse, sera la plus abondante. Ce sont surtout les éléments de la couche ostéogène du périoste, organe de l'accroissement de l'os en épaisseur, qui contribueront à ce résultat utile ; mais il ne faut pas se laisser aller à des illusions eu égard à cet accroissement.

Nons déterminons les limites probables de cet accroissement dans une prochaine communication.—*Le Scalpel.*

—

Du traitement des abcès froids.—La thérapeutique des abcès froids a subi, grâce à l'emploi des pansements antiseptiques, des modifications assez importantes depuis quelques années. Aussi on peut dire que la guérison de ces affections ordinairement si rebelles, peut être obtenue actuellement avec une assez grande rapidité et surtout avec une sécurité à laquelle on était loin de s'attendre anciennement.

Pour bien faire saisir quelles ont été les causes principales des changements apportés dans le traitement des abcès froids, il est nécessaire de jeter un coup d'œil rapide sur les données nouvelles que l'anatomie pathologique nous a enseignées, à propos de leur structure et de leur évolution.

" On donne le nom d'*abcès froids*, disent les auteurs du *Compendium de chirurgie*, aux collections purulentes qui se forment lentement, sourdement, presque sans douleur, dans le tissu cellulaire et dont le développement n'est pas lié à une maladie primitive des os."

Leur évolution présente, comme caractère spécial, plusieurs périodes assez distinctes et qui peuvent se résumer de la façon suivante : la formation d'une induration limitée ; le ramollissement de cette induration ; la tendance à l'ouverture spontanée et à la formation d'une fistule souvent très longue à guérir. Mais ces trois périodes peuvent se succéder à des intervalles très éloignés. Aussi voit-on souvent la tendance vers l'ouverture spontanée n'exister que très tardivement à cause de la formation d'une enveloppe spéciale dense, épaisse et d'apparence fibreuse, connue pendant longtemps sous le nom de *membrane pyogénique*.

Cette membrane qui enkyste l'abcès est certainement le point le plus important de son histoire et celui à propos duquel les discussions les plus nombreuses ont eu lieu. On peut même ajouter que la plupart des méthodes de traitement employées contre les abcès froids ont été inspirées par les idées théoriques qu'on se faisait à propos de la structure de cette membrane enkystante.

Nous verrons plus loin que les découvertes les plus récentes sur ce point intéressant ont été la cause qui a déterminé les chirurgiens à proposer un nouveau traitement. Pendant longtemps, on considéra la membrane pyogénique comme constituée par la condensation du tissu cellulaire voisin dont les lamelles s'appliquent les unes contre les autres et se soudent sous la pression du pus. Plus tard, on la considéra, d'après l'opinion de Dupuytren, comme un organe nouveau jouissant de la double propriété de l'absorption et de la sécrétion, capable d'entretenir ainsi le renouvellement incessant du liquide contenu dans la poche. Actuellement, nous savons que cette membrane n'est qu'un reliquat de la formation primitive constituant la masse indurée qui précédait le ramollissement central.

Les derniers travaux de M. Lannelongue ont établi d'une façon définitive que cette paroi, comme toute la masse indurée qui a précédé l'abcés, est constituée par un dépôt de nature

tuberculeuse. Cette production tuberculeuse est même capable de dépasser les limites de la poche et d'envoyer des prolongements dans les parties voisines.

A partir du moment où l'on connût ainsi exactement la nature de ces abcès et de la paroi qui les limite, on reconnut facilement la cause des fistules si difficiles à guérir qui leur succèdent d'habitude, et l'on se rendit compte de la difficulté qu'on rencontre lorsqu'on veut guérir ces abcès.

Nous savons, en effet, que les affections de nature tuberculeuse n'ont qu'une tendance très lente à la guérison ; car il est nécessaire, pour que celle-ci soit obtenue, que toutes les parties caséeuses soient ou résorbées ou éliminées par la suppuration.

Déjà les anciens chirurgiens avaient remarqué qu'il était nécessaire de laver et de nettoyer ces abcès en y injectant divers liquides, D'autres cherchaient à favoriser l'écoulement du pus et à irriter la surface interne de la poche, à l'exemple de Flaubert, qui incisait la paroi non seulement dans son grand diamètre, mais pratiquait aussi des incisions transversales. afin de mettre plus facilement à nu la paroi de la cavité. Enfin, l'opération était complétée en remplissant toute la cavité de charpie sèche capable de produire une irritation locale énergique. D'autres, après avoir fendu largement la poche, cautérisaient la surface interne soit avec le fer rouge, soit avec des liquides irritants de diverse nature.

Lister emploie une méthode analogue, en lavant la poche avec une solution phémiquée forte, puis plaçant un gros tube qui rend facile l'écoulement des liquides. Mais il a soin surtout de mettre la cavité à l'abri des poussières atmosphériques au moyen de son pansement antiseptique. Il obtient ainsi des guérisons, sans exposer les malades aux dangers de l'altération du pus, si fréquents avec les anciennes méthodes,

Déjà par toutes ces méthodes, on arrivait à produire une excitation de la paroi qui, sous l'influence de l'inflammation suppurative dont elle devenait le siége, se débarrassait de ses produits caséeux, bourgeonnait abondamment et arrivait ainsi à se rétracter et à s'obturer. Malheureusement ce processus inflammatoire ne pouvait agir que lentement, car l'élimination de tous les produits caséeux ne se faisait qu'après un temps souvent très long, pendant lequel les malades étaient exposés à toutes les mauvaises chances d'infection résultant de la suppuration dans une cavité anfractueuse.

Pour agir plus rapidement et afin d'éviter cette longue période d'élimination des produits caséeux, MM. Lannelongue et Trélat ont proposé des moyens plus radicaux. M. Lannelongue

n'hésite pas à employer l'extirpation complète de la membrane elle-même, extirpation qui est rendue facile dans certaines régions par l'emploi de la bande d'Esmarch, qui permet la dissection minutieuse de la paroi externe. En effet, cette dissection doit être d'autant plus parfaite que nous connaissons les prolongements que la poche envoie souvent dans les parties extérieures.

Lorsque l'abcès est ainsi complètement enlevé, on se trouve en présence d'une plaie à surfaces saignantes qui peuvent être réunies en ayant soin de maintenir un tube à drainage dans les parties déclives.

M. Trélat se contente de faire un véritable raclage de toute la surface interne de la poche au moyen d'un grattoir. Il a soin surtout de détruire toutes les parties caséeuses ou fongueuses, et il recommande spécialement d'aller à leur recherche dans tous les trajets secondaires qui peuvent se rencontrer.

Il est facile de comprendre combien on peut hâter la guérison d'une semblable affection; car on élimine artificiellement et en quelques minutes une grande quantité de tissus qui n'auraient pu être entraînés par la suppuration que dans un espace de temps relativement très long.

Il nous est difficile de nous prononcer d'une façon complète sur la valeur de ces deux méthodes. Nous croyons seulement que chacune d'elles peut trouver son application suivant la région et suivant le volume de l'abcès qu'on a à traiter. Il est certain que l'extirpation sera plus facilement employée pour un abcès froid siégeant sur les membres, et qu'au contraire l'opération proposée par M. Trélat sera surtout employée pour les abcès très étendus ou pour ceux qui se sont développés dans une région où l'extirpation peut présenter quelques inconvénients, par exemple à la région du cou.—*Bulletin de thérapeutique.*

—

Traitement de l'épithélioma bénin de la face par le chlorate de potasse.—Le chlorate de potasse en solution dans la glycérine, selon la formule suivante : glycérine 100, chlorate de potasse 10. donne des résultats remarquables dans le traitement de l'épithélioma benin de la face.

Voici, d'après M. le docteur Lévêque, les caractères de l'épithélioma bénin: c'est une affection locale à forme légère, survenant en général dans un âge très avancé. D'origine glandulaire (le plus souvent sudoripare) ou papillaire, elle débute par un bouton ou par une verrue, s'entoure d'une mem-

brane fibroïde ou même fibreuse qui l'enkyste, et au bout d'un certain temps, variable entre deux et trente ans, elle présente une ulcération aplatie, légèrement excavée et mamelonnée, qui met à nu toute la lésion. Point d'engorgement ganglionnaire, du moins pendant de longues années.

La guérison radicale est possible tant que dure l'enkystement ; mais dès que la prolifération épithéliale, franchissant la barrière fibreuse qui la retient, envahit le derme, le cancroïde, revêt la forme grave et le chlorate de potasse doit céder la place au bistouri. Le traitement de l'épithélioma bénin doit être pratiqué de la façon suivante : on touchera le plus souvent possible l'ulcération avec un pinceau imbibé fortement de la solution indiquée, puis on recouvrira chaque fois la plaie d'un linge cératé.

La durée du traitement ne dépasse guère trois mois ; mais l'amélioration est déjà sensible au bout de deux semaines. Si, à la fin de la troisième semaine, cette amélioration ne se produisait pas, il faudrait rejeter toute médication et recourir au bistouri. (*Thèse de Paris*, 1880.)

Traitement du bubon (*Fournier*).—Le bubon du chancre simple étant de nature inflammatoire, il faut le traiter par les antiphlogistiques : 1. repos au lit absolu et indispensable ; 2° soins d'hygiène et régime sévère, pas d'excitants ; 3° applications émollientes. Le cataplasme simple est très bon, mais les bains répétés et prolongés pendant deux heures sont beaucoup plus utiles et nécessaires. Si l'inflammation est très vive, on peut appliquer des sangsues, qui ont cependant un inconvénient ; c'est que leurs piqûres, inoculées quelquefois par le pus du bubon chancreux, se transforment en chancres mous : on ne les appliquera donc que si le bubon est encore dur et si on peut en espérer la résolution.

Si le bubon suppure, ouvrir le foyer et cela pour trois raisons : 1° épargner plusieurs jours de souffrance ; 2° abréger la durée de la maladie ; 3° prévenir les complications, telles que décollements, fusées, cavernes chancreuses, etc.

Faut-il ouvrir le bubon par les caustiques ? Cette méthode n'a aucun avantage et donne une large plaie suivie d'une cicatrice indélébile plus au moins profonde. Donc, bistouri et préalablement anesthésie locale avec pulvérisation d'éther. Pas de ponctions multiples : une simple ponction suffit ; mais pour assurer au pus une élimination facile, elle aura une étendue de 1 centimètre. A la suite de l'incision, la cicatrisation

se fera seule ou sera aidée par les badigeonnages à la teinture d'iode et surtout par une compression méthodique.

Si le bubon a été ouvert trop tard, s'il est chancreux, le traiter comme le chancre simple, par un pansement avec la solution de nitrate d'argent au 1/30. S'il y a cavernes chancreuses, injections détersives, avec une solution de nitrate d'argent au 1/100. Enfin, s'il y a des clapiers multiples et profonds, l'intervention chirurgicale est absolument nécessaire : il faut mettre à découvert le fond du foyer et enlever avec des ciseaux les portions de peau décollée, les ponts que réunissent les deux bords de la plaie, et la traiter ensuite comme un chancre ordinaire.—*Le Prativien.*

OBSTÉTRIQUE ET GYNÉCOLOGIE.

De l'usage du forceps dans le travail prolongé, et des moyens qui peuvent le remplacer.—Un rapport présenté sur ce sujet à la Société obstétricale de Londres par le professeur Barnes a été le point de départ d'une discussion approfondie, dans laquelle les accoucheurs les plus distingués de la Grande-Bretagne et d'Irlande ont successivement pris la parole, et dans laquelle se sont fait jour des courants d'idées très opposées.

Au premier abord, suivant la remarque de Barnes, la question posée paraît simple et la solution facile à trouver : consultez Collins, Ramsbotham, Johnson ; tous proclament les mêmes principes. Dans les cas où il n'y a ni vice de position, ni disproportion des parties, dans les cas simples par conséquent, aussi longtemps que l'état général de la femme est satisfaisant que les douleurs se soutiennent et produisent un effet, si faible qu'il soit, enfin que l'enfant ne paraît pas souffrir, *il a n'y pas lieu à intervention*, quelle que soit la prolongation du travail. En théorie, unanimité parfaite, mais en pratique, que de dissidences! Tandis que Collins applique le forceps une fois en moyenne sur 607 cas, et Ramsbotham une fois sur 671, on voit Johnston l'employer une fois sur 10 ou 11 accouchements. (Quelques-uns des membres du Congrès avouent même *une* application de forceps sur *cinq* à *six* cas.)

Amené à discuter la valeur comparative des deux méthodes, celle de l'intervention rare et celle de l'intervention fréquente, Barnes distingue deux ordres de faits ; ceux dans lesquels le

relentissement du travail survient pendant la deuxième période (expulsion) et ceux où il se produit dans le cours de la première phase (dilatation). Dans le premier cas (dilatation achevée, tête dans l'excavation ou la vulve, Barnes est d'avis qu'on peut fréquemment employer le forceps : l'expectrtion lui paraît fâcheuse, et il condamne l'empoi de l'ergot de seigle (qui malheureusement paraît encore très en faveur dans les trois royaumes). Quant au deuxième cas, arrêt du travail avant la dilatation complète, la tête restant au-dessus du détroit supérieur, Barnes fait ressortir les dangers de l'emploi du forceps dans de telles conditions : déchirure ou contusion du col imparfaitement dilaté ; tractions brutales sur les ligaments utérins ; inertie consécutive. Souvent, dans les cas de ce genre, le travail interrompu reprend au bout d'un certain temps, et aboutit à la délivrance spontanée. On n'usera donc du forceps que le plus rarement possible, et seulement dans les cas où l'état de la femme exige la terminaison immédiate.

Lombe Atthil, médecin en chef au Rotunda-Hospital de Dublin, est partisan de l'invention fréquente, surtout à la deuxième période, où le séjour prolongé de la tête dans l'excavation peut amener mortification des parties maternelles comprimées. Quant à l'ergot de seigle, employé pour hâter l'accouchement, c'est un moyen très-dangereux, qui compromet souvent la vie de l'enfant, et qu'il faut rejeter absolument. L'emploi du forceps à la première période, avant la dilatation du col, très-fâcheux pour la mère, est presque toujours fatal à l'enfant, qui naît vivant, mais meurt quelques heures après la naissance, en raison des compressions excessives que son crâne a subies. On n'y aura recours que lorsqu'on ne pourra faire autrement. A ce propos, l'auteur cite un cas dans lequel, après avoir introduit le forceps dans un col à peine dilaté, il n'osa faire l'extraction de peur d'exercer de trop grandes violences, et retira l'instrument ; peu de temps après, le travail spontané reprit son cours, et la délivrance eut lieu sans intervention.

Roper, médecin à la Royal Maternity Charity, s'est attaché à montrer non-seulement l'inutilité, mais encore les inconvénients de l'emploi immodéré du forceps, même à la deuxième période. A cette phase en effet, le ralentissement du travail peut être dû à deux causes différentes. Tantôt il s'agit d'une multipare, dont l'utérus fatigué et paresseux se contracte rarement et d'une manière peu soutenue ; la progression du fœtus est lente, mais elle se fait cependant ; l'intermittence des contractions rend impossible toute compression dangereuse, et la délivrance spontanée s'achève, un peu plus tôt ou un peu plus tard : le forceps est donc inutile. Tantôt, en revanche, et cela

surtout chez les primipares vigoureuses, l'utérus se contracte fortement, continuellement, mais les parties molles résistent et la tête n'avance pas, ou recule après avoir avancé; ici le temps est nécessaire pour amener une distension graduelle; la sortie brusque de la tête ne saurait se faire sans déchirures: le forceps est donc fâcheux. Que si dans ces conditions les douleurs s'arrêtent et la femme s'affaiblit, alors on n'hésitera pas à l'employer. Quant au forceps à la première période (high operation), il est à la fois inutile et nuisible: inutile, parce qu'il n'y a pas dans ces conditions de compressions dangereuses des parties molles; nuisible, parce qu'il peut coûter la vie à l'enfant aussi bien qu'à la mère.

Roper démontre que ses conclusions sont appuyés par les résultats que fournit la statistique. En effet:

1° Collins, exerçant à Rotunda-Hospital, de 1826 à 1833, réunit 16,414 cas, sur lesquels il applique le forceps 27 fois (ou 1 sur 607), la mortalité totale des mères est de 164 (ou 1 0/0); celle des enfants de 828 (ou 5 0/0;

2° Ramsbotham (1828-1850), à Royal Maternity Charity, à 48,996 cas; il applique le forceps 73 fois (ou 1 sur 671); il perd en tout 220 femmes (ou 0,41 0/0) et 1,822 enfants (ou 3,7 0/0;

3° Johnston (1868-75), à Rotunda-Hospital, a eu 7,872 cas; il a fait 752 applications de forceps (ou 1 sur 10 1/2), sur lesquelles il a eu 58 morts; la mortalité totale des femmes a été 179 (ou 2,3 0/0); celle des enfants de 410 (ou 6,1 0/0;

4° Roper, à Royal Maternity Charity, signale 9,389 cas; il a appliqué le forceps 80 fois (ou 1 sur 117); il a perdu en tout 32 femmes (ou 0,34 0/0 et enfants (ou 3, 4 0/0).

Ainsi, de quelque manière qu'on retourne les chiffres, la mortalité la plus forte, pour les mères comme pour les enfants, appartient à celui qui fait l'usage le plus fréquents du forceps, à Johnston. Encore, ce dernier n'a-t-il pas eu d'épidémie de fièvre puerpérale, tandis que Collins a perdu pour cette seule cause 58 de ses malades. On ne peut s'empêcher de voir dans la fréquence des interventions une des causes au moins de ces fâcheux résultats. En effet, sur un total de 752 cas de forceps, Johnston a eu 58 morts ou 1 sur 13. Ce n'est pas tout: indépendamment des accidents mortels dont il peut être l'origine, l'emploi inconsidéré du forceps détermine toutes sortes de troubles dans l'involution utérine. C'est dans la tendance malheureuse des chirurgiens à intervenir violemment dans un acte tout physiologique qu'il faut chercher, suivant Roper, la cause d'une grande partie des affections utérines qui donnent tant de travail aux gynécologistes.

Les conclusions qui ressortent de l'ensemble de la discussion sont à peu de chose près les suivantes :

1° L'usage de l'ergot de seigle, comme moyen d'accélérer le travail, doit être absolument abandonné ;

2° L'expectation, utile jusqu'à un certain point, peut devenir dangereuse quand elle est érigée en système ;

3° L'emploi du forceps à la deuxième période du travail (low operation) offre peu de dangers entre les mains d'un accoucheur habile ; il est souvent sans inconvénients, mais souvent aussi il est inutile, et la hâte du médecin n'est pas une raison suffisante pour en justifier l'emploi ;

4° Plus la tete est haut placée, plus la dilatation du col est incomplète au moment du ralentissement du travail, moins l'usage du forceps est indiqué.—(*Revue des sciences médicales. —Lyon Médical.*

—

De la blennorrhagie chez la femme (MAURIAC). — L'étude de la blennorrhagie chez la femme est beaucoup plus difficile et plus compliquée que chez l'homme à cause de la confusion si aisée de cette affection avec les uréthrites, les leuchorrées, les flux utérins de diverses natures. Et d'abord, l'interrogatoire chez la femme ne donnera jamais des renseignements aussi précis que chez l'homme. Elle se plaindra de douleurs en urinant, d'un écoulement quelquefois teinté de sang, si les phénomènes sont bien intenses. Mais quelques-unes, avec la meilleure foi du monde, avouent qu'elles ne ressentent rien de particulier. Il faut donc y regarder de près et examiner méthodiquement les organes génitaux et l'urèthre.

La vulve, que l'on essuyera préalablement avec un linge fin, pour voir si elle est le siége de sécrétions spéciales, sera plus ou moins rouge et congestionnée. Il importe surtout d'examiner l'urèthre avec une grande attention et de voir si le méat est rouge, irrité, sanglant. Dans les cas d'uréthrite blennorrhagique, il en sort un liquide mucoso-purulent quant la femme n'a pas uriné auparavant. Cette uréthrite est d'une grande importance au point de vue de la nature des écoulements. Elle ne fait jamais défaut chez les femmes qui ont une véritable blennorrhagie ; or, comme les flueurs blanches ne peuvent pas la déterminer, comme les uréthrites simples sont très-rares chez les femmes, son existence est une grande preuve en faveur de la blennorrhagie. Elles survient de différentes façons, tantôt par contagion directe : dans le coït, par exemple ; tantôt par contagion médiate, par le vagin. Les troubles fonctionnels se réduisent à peu de chose : il y a par—

fois un peu de cuisson et de chaleur en urinant, des envies fréquentes d'uriner mais modérées et faibles ; c'est cependant là un indice qu'il ne faut pas négliger.

Quant à la vulvite elle-même, il ne faudra pas la confondre avec les vulvites d'autre nature. Celles-ci sont dues à des causes multiples, telles que les excès vénériens, les irritations diverses, les marches forcées, l'herpès, leuchorrée, les menstrues. Il y a, en outre, une vulvite spéciale non contagieuse, due à l'inflammation des glandes sébacées et qui se manifeste par la présence de dépôts pseudo-membraneux plus ou moins étendus sur les surfaces malades congestionnées.

Mais ce qui est assez fréquent dans la vulvite blennorrhagique, c'est l'inflammation des glandes mucipares vulvaires. Celles-ci, plus ou moins enflammées, apparaissent çà et là sous forme de petits points plus foncés qui correspondent aux orifices des glandes ; il en sort un liquide d'abord muqueux, puis mucoso-purulent, enfin tout à fait purulent. On peut constater aussi l'érosion et la desquamation de l'épithélium de la muqueuse qui est rouge et épaissie ; enfin il y a parfois de l'œdème des petites et des grandes lèvres. Cette vulvite donne lieu à du prurit, à des démangeaisons, à une excitation du sens génésique ; l'écoulement purulent fait sur le linge des taches grisâtres avec liséré plus foncé au centre, ou jaunâtres ou verdâtres, ces dernières plus épaisses et plus saillantes.

Autre distinction entre les vulvites simples et les vulvites blennorrhagiques, c'est que les premières guérissent vite, tandis que les secondes persistent quelquefois et durent très-longtemps. Enfin, si la vulvite coincide avec une vaginite, on a les plus grandes présomptions en faveur de la blennorrhagie. Cette vaginite ne peut pas toujours être constatée au spéculum, dans les cas où elle est très aigue, car l'introduction de l'instrument est fort douloureux. Quand on peut le faire, il faut aller doucement, afin de déplisser lentement les parois vaginales dont on examine peu à peu la rougeur, les rugosités, les sécrétions ; arrivé au cul-de-sac, on tombe sur un flot de mucosités au milieu desquelles se trouve le col : alors, il s'agit de déterger celui-ci avec une éponge pour voir s'il est rouge, s'il laisse sortir un écoulement dant on constatera la nature. Si la femme souffre beaucoup dans le bas-ventre, il faudra combiner le palper et le toucher, afin de savoir si l'utérus n'est pas augmenté de volume, s'il n'y a pas d'ovarite, complication assez fréquente des blennorrhagies graves.

Il n'est pas rare de voir la vaginite s'étendre jusqu'aux glandes vulvo-vaginales. Celles-ci présentent des lésions diverses, depuis l'hypérémie simple jusqu'au phlegmon le plus

aigu ; il s'écoule, par les orifices des glandes un liquide d'abord clair, puis muqueux, vitreux, filant, dû à la suractivité des fonctions génitales ; plus tard il peut s'y former du pus. Cette complication donne lieu à des douleurs très-vives vers les parties inférieures de la vulve ; il se forme peu à peu sur les parties latérales une tumeur dure, qui se ramollit rapidement, l'œdème circonvoisin gagne les petites lèvres, puis les grandes lèvres qui sont rouges et tuméfiées ; le phlegmon peut même s'étendre jusque-là, et par ailleurs, jusqu'au périnée, comme cela se fait chez l'homme, après l'inflammation des glandes bulbo uréthrales. Le phlegmon des glandes vulvo-vaginales guérit assez facilement, mais il est sujet à récidiver, quelquefois à cinq ou six reprises dans le cours de la maladie, et même il peut rester fistuleux, ce qui est une cause nouvelle de contagion.

La blennorrhagie se traitera chez la femme par les mêmes procédés que chez l'homme ; mais chez elle les balsamiques ne s'éliminant que par les urines, ne pourraient avoir aucune influence sur la muqueuse vaginale, à moins de mettre les urines chargées de ces principes en contact avec la muqueuse, on arrive à ce résultat en les employant en injections qui produisent de bons effets.—*Le Praticien.*

—

Traitements de l'hémorrhagie "Post Partum".— Voici d'après un long travail publié dans la *Revue des maladies des femmes*, le résumé du traitement rationnel préconisé par le Dr ENGELMANN :

A.—*Traitement préventif après l'établissement du travail.*— 1. Sérieuse attention à chaque détail et stricte application des règles de l'obstétrique dans chaque cas de travail.

2. Administration d'une dose complète d'ergot lorsque la tête franchit l'orifice vaginal.

3. Si l'hémorrhagie menace, suivre le fond de l'utérus avec la main fortement appliquée.

4. Extraire le placenta par la méthode de Crédé, et étreindre fortement avec la main le fond de l'utérus.

B.—*Traitement de l'hémorrhagie déclaree.*—1. Manipulation externe, pression et friction avec la main froide au avec de la glace.

2. Ergot.—Le mieux en injections sous-cutanées, une ou deux bonnes doses, tandis qu'on augmente les manipulations.

3. Introduction de la main dans le vagin, et, si les contractions ne se produisent pas, aller jusque dans l'utérus ; extrac-

tion des caillots et irritation de la surface interne afin de stimuler les contractions.

4. Administration sous-cutanée d'éther.

5. Glace ou vinaigre avec la main dans la cavité utérine ; on peut essayer ce moyen : mais s'il ne réussit pas, ne pas persister.

6. La douche d'eau chaude qui, si elle ne provoque pas la contraction désirée, stimulera au moins la malade et nettoiera la cavité utérine : de sorte qu'elle offrira ainsi un remède sans danger et très efficace.

7. Le perchlorure de fer.—On peut en faire usage alors que l'introduction de la main et l'injection sous-cutanée d'éther auront échoué ou après l'essai de la douche d'eau chaude ; mais dans les cas désespérés on doit y avoir recours de suite sans perdre de temps à tenter les autres moyens moins puissants.—*Le Médecin Praticien.*

—

Sur la thérapeutique intra-utérine dans l'état puerpéral, par le Dr Gruenwald.—En adoptant l'opinion que les principes gouvernant le traitement des plaies peuvent seuls donner une prophylaxie efficace contre la fièvre puerpérale. le professeur Gruenwald recommande les injections intra-utérines. Celles-ci n'ont pas été généralement employées parce que les injections amènent parfois des résultats défavorables. Les parametrites et les péritonites observées après les injections ne proviennent cependant que dans les cas les plus rares de la présence directe du liquide injecté dans la cavité abdominale, et ne peuvent exister que par une dilatation morbide des tubes. L'injection pénètre plutôt à travers les lymphatiques ouverts de l'utérus puerpéral dans la péritoine et détermine la réaction inflammatoire, soit chimiquement, soit par la pression du liquide qui pénètre. Par l'injection, les thromboses existant à l'extrémité des vaisseaux sont moins solides et se meuvent comme ferait une embolie ; alors, survient la fièvre intermittente ou l'hémorrhagie, après que les ouvertures vasculaires engorgées par ces caillots ont été dégagées. Si le liquide injecté pénètre directement dans les vaisseaux ouverts, on observe l'évanouissement, le collapsus, les étourdissements et les lipothymies. L'auteur n'adopte pas cette opinion de Lazarewitsch, que le fond de l'utérus est très sensible quand il est en contact direct avec une injection ; mais il explique dans ces cas la gravité des symptômes par l'écoulement difficile du liquide injecté. Comme le danger est très grand, si

l'air pénètre dans les vaisseaux sanguins, on ne doit employer que l'irrigateur, et toutes les autres espèces de seringues doivent être rejetées. La quantité de liquide doit être d'un demi-litre à un litre. Les sondes à double courant sont les meilleures, mais elles doivent être faites avec une matière flexible. En introduisant les sondes, on doit prendre les plus grandes précautions pour éviter la lacération, car les plaies peuvent devenir un foyer d'infection.

Dans beaucoup de cas, une seule injection suffit, spécialement ceux dans lesquels des débris d'œufs sont restés dans l'utérus ; mais dans les endométrites et les diphthérites, des irrigations répétées et longtemps continuées sont nécessaires chaque jour, et, dans ces cas, on recommande l'irrigation permanente de Shucking et le drainage utérin (Langenbech, Schede, Spiegelberg). Immédiatement après l'accouchement on peut faire une injection qui lave entièrement le canal génital, et cela est spécialement nécessaire après des accouchements laborieux dans lesquels des opérations ont été nécessaires. Cette irrigation ne doit cependant être renouvelée dans le cours de la fièvre puerpérale que dans le cas où une augmentation de température, ou quelque condition anormale des lochies indique rait un plus grand danger. L'emploi de l'acide phénique est particulièrement recommandé. L'auteur n'est pas de l'avis de Fritsch, en ce qui concerne le danger des injections de perchlorure de fer. En déplaçant les débris ichoreux de l'œuf par la curette, il convient d'employer simultanément les irrigations désinfectantes.—*Bull. de thérapeutique.*

—

Du diagnostic pendant la grossesse, de la présentation définitive de l'extrémité pelvienne, par BUDIN. —L'auteur signale ou rappelle ce fait que le siége peut parfois être engagé dans les derniers jours de la grossesse aussi bien que le sommet ; c'est à cette présentation engagée qu'il donne le nom de définitive employé déjà par M. Tarnier. Le siége engagé est pris le plus souvent pour la tête ; l'inspection, la palpation et le toucher peuvent, au premier abord, faire croire à une présentation de l'extrémité céphalique fléchie. Mais en frappant avec l'extrémité des doigts immédiatement au-dessus du pupis, on sent une résistance moindre, une certaine réductibilité dans le cas de présentation du siége (surtout, ajouterai-je, lorsqu'on presse la présentation entre les trois angles d'un triangle équilatéral représentés par les deux mains et le promontoire). De plus, le toucher donne le plus souvent, à tra-

vers le segment inférieur de l'utérus, des sensations qui ne correspondent pas à celles que produisent les sutures, surtout lorsque le doigt explore le cul-de-sac postérieur. Enfin l'on peut parfois dans les cas douteux percevoir le ballottement de la tête fœtale au fond de l'utérus, en faisant prendre à la malade la position génu-pectorale. Ce qu'il faut retenir surtout, c'est la possibilité de l'engagement du siége dans les dernières semaines de la grossesse, et la possibilité de l'erreur. Budin cite six cas à l'appui : trois primipares, trois multipares.—(*Progrès médical*).—*Lyon médical.*

—

Modifications nouvelles dans le traitement de la vaginite, par TERRILLON.—Le nouveau mode de pansement consiste dans l'introduction de la pommade suivante, d'une préparation facile :

Vaseline	℥ v.
Amidon	℥ v.
Tannin	℥ iss.

au moyen d'un instrument spécial (construit par Mathieu), qui se compose d'un réservoir terminé par un tube de 10 centimètres, dont l'extrémité est taillée en biseau ; le réservoir est muni d'un couvercle fermé au moyen d'un ressort. Le centre du couvercle donne passage à la tige d'un piston sur laquelle l'on presse pour chasser la pommade. Si la vulve est très-large, un tampon de ouate. En moyenne, il suffit de ne renouveler l'application de cette pommade que tous les sept à huit jours ; la quantité moyenne introduite est de 4 à 6 gros.

—

De l'hydrocèle vaginale simple et de son traitement par la méthode de Defer.—Parmi les divers procédés mis en usage pour la cure radicale de l'hydrocèle simple, le meilleur est assurément, dit M. le docteur Rol, celui de Defer.

Voici en quoi il consiste : L'hydrocèle est ponctionnée selon les règlss habituelles, avec un trocart de moyen calibre, et le liquide évacué. Par la canule on introduit aussitôt une sonde cannelée, sur l'extrémité de laquelle on a préalablement fait fondre à la flamme d'une bougie, un peu de nitrate d'argent. La sonde porte-caustique est promenée rapidement en diffé-

rents points de la vaginale; puis on retire successivement la sonde et la canule.

Les résultats sont excellents, et malgré une inflammation assez vive qui peut se prolonger pendant cinq ou six jours, la guérison est généralement obtenue, non par adhérence des deux feuillets de la vaginale, mais par simple modification vitale de cette séreuse; de plus les récidives, si tant est qu'il s'en produise, sont très-rares.

La méthode de Defer peut se résumer ainsi : innocuité complète, efficacité parfaite et exécution facile. (*Bul.gén. de Thérap.*)

—

Traitement des vomissements opiniâtres dans la grossesse.—Le docteur Welponer rapporte que, d'après la recommandation du docteur Beaun Femald, qui a, plusieurs fois, trouvé ce procédé utile dans la pratique particulière, il a obtenu d'excellents résultats dans trois cas de vomissements opiniâtres dans l'état de grossesse, lesquels avaient résisté à tous les autres remèdes, par l'application d'une solution de nitrate d'argent à 10 pour 100 à la partie vaginale du col de l'utérus. Il maintient en contact la solution pendant cinq minutes et essuie ensuite les parties avec de la ouate; l'application demande à être répétée plusieurs fois dans l'intervalle de deux ou trois jours; le succès a été remarquable.— *Bulletin de thérapeutique.*

NOTES DE THÉRAPEUTIQUE.

Potion contre la constipation des enfants à la mamelle.—Le Dr Lewis-Smith conseille pour les enfants à la mamelle, dont la constipation est quelquefois si persistante, une prèparation qui, ajoutée au lait, le rapproche de la composition du colustrum si manifestement purgatif:

Huile de foie de morue.....		2 parties.
Eau de chaux	aa.	1 partie.
Sirop de lactophosphate de chaux.		

Un quart ou une demi-cuillère à thé sont donnés avant chaque têtée; ou bien on donne une cuillerée à thé trois fois

le jour. Aucun agent, dit le docteur Lewis-Smith dans *American Journal of obstetric*, n'est préférable pour la constipation des enfants.—*Le Médecin Praticien.*

—

Traitement de la fissure à l'anus sans opération.—Aux malades pusillanimes qui ne veulent de la dilatation forcée, moyen rapide et efficace pour guérir la fistule de l'anus, M. le docteur Mascarel propose le traitement suivant qui lui a donné de nombreux succès :

1° Tous les jours prendre un lavement à l'eau tiède, additionné d'une grande cuillerée de glycérine.

2° Après chaque garde-robe terminée, introduire dans l'anus, à l'aide d'un porte-mèche, une mèche de charpie du volume du petit doigt, bien enduite de la pommade ainsi préparée :

Glycérine et huile d'amandes douces ââ..... ʒ i.
Onguent de la mère..... ʒ i.

3° Avant l'introduction de la mèche, avoir le soin de bien enduire le pourtour de l'anus d'une couche abondante de la même pommade.

4° Si la constipation est très-prononcée donner tous les soirs dans une cuillerée de potage, à l'heure du dîner, 5 cent. de poudre de racine de belladone.

Huit fois sur dix la fissure est radicalement guérie après trois semaines ou un mois au plus de ce traitement.—*France médieale.—Lyon médical.*

—

Traitement du l'urticaire chronique.—(Labbée).—Il faut recourir à l'usage de l'arséniate de soude à haute dose, 5 milligrammes à 1 centigramme par jour, et aux lotions de sublimé suivant la formule suivante :

Sublimé corrosif..... gr. xv.
Eau distillée ..... ℥ iij.
Alcool ..... Q. s.—

Les malades adules mettent une cuillerée à café de cette solution dans un demi-verre d'eau fraîche et pratiquent avec ce liquide des lotions sur les parties atteintes, quant surviennent les démangeaisons. Après quinze jours de traitement, la maladie est à peu près éteinte.

Ou bien, on fait prendre aux malades une cuillerée à café, à chaque repas, de la solution suivante :

Arséniate de soude.....	gr. i.
Eau distillée.....	ʒ iii à iv.

En outre, on donne des boissons alcalines, des bains alcalins, des bains prolongés suivant la méthode que préconisait Hébra (de Vienne), c'est-à-dire durant une journée entière, et on fait répandre sur les régions malades un mélange d'oxyde zinc de et d'amidon.—*Revue de Thérapeutique Médico-Chirurgicale.*

Potion contre la coqueluche, par le professeur AYMERICH.—Nous trouvons dans la *Revista de ciencias medicas* de Barcelone la formule suivante, qui a donné de très bons résultats au docteur Aymerich.

Bromure de potassium	ʒ i.
Acide phénique cristallisé..... ...	gr. iv.
Sirop de citron	q. s.
Véhicule.....	ʒ vi.

à prendre toutes les deux heures, une grande ou une petite cuillerée, suivant l'âge du malade.

Outre cette potion, le médecin portugais recommande un régime tonique, et entretient dans la chambre du malade une atmosphère goudronnée.—*Le Médecin Praticien.*

—

L'iodoforme a été recommandé par M. le Dr Aphel pour combattre les douleurs. Une femme avait reçu une contusion sur le sein droit ; les ganglions de l'aisselle se prirent et la mamelle devenait très douloureuse. Des onctions mercurielles balladonnées continuées pendant 30 jours ne produisirent aucun soulagement ; l'emploi d'une pommade à l'iodoforme fit cesser aussitôt la douleur. Un homme avait une contusion du cou-de-pied très douloureuse ; une friction avec un onguent contenant 1 d'iodoforme pour 30 d'axonge amena une amélioration rapide.

Le professeur Marius emploie 1 d'iodoforme dans 30 de glycérolé d'amidon, avec quelques gouttes d'essence de menthe pour atténuer l'odeur.—*Revue de thérp. méd.-chir.*

L'UNION MEDICALE DU CANADA

MONTREAL, SEPTEMBRE 1881.

Comité de Rédaction :

MESSIEURS LES DOCTEURS E. P. LACHAPELLE, A. LAMARCHE ET S. LACHAPELLE.

La cinquantaine d'un journal de médecine.

Le Bulletin général de Thérapeutique médicale et chirurgicale publié par MM. les professeurs Bouchardat, Léon Le Fort et Potain, et leur secrétaire Dujardin-Beaumetz, — qui nous arrive de ce côté-ci de l'océan, tous les quinze jours, — que nos lecteurs connaissent depuis longtemps par les fréquents extraits que nous en faisons — vient de rentrer dans la cinquantième année de son existence.

Un demi-siècle sur la physionomie d'un journal, c'est comme un siècle sur la tête d'un savant ; quel effet splendide ! Quelle couronne ou plutôt quels lauriers comparables à celui-là. Aussi nous nous inclinons de suite, et saluons de loin le cinquantenaire que nous portons dans notre cœur depuis si longtemps d'ailleurs parce que c'est la France et la science tout à la fois.

La durée moyenne de la vie des journaux est plus courte que celle des hommes, en revanche certains journaux sont doués d'une longévité surprenante, et se fortifient avec l'âge.

Le *Bulletin général de Thérapeutique* a été fondé il y a cinquante ans, le 15 juillet par Miquel. La doctrine de Broussais venait de succomber sous le triomphe de l'anatomie pathologique, c'était une belle occasion de rappeler au monde médical que le grand but de la médecine doit consister plus particulièrement dans la curation des maladies, c'est ce que pensa Miquel et ce qui le conduisit à la fondation du *Bulletin*.

Sans être indifférent à la science qui se fait, toute conception pathogenique n'a de valeur qu'en autant qu'elle se résout en actes : la pathologie est un moyen mais la thérapeutique est le grand but à atteindre. C'est dire en deux mots le rôle sublime qu'a joué le journal cinquantenaire : Accumuler les richesses de la thérapeutique depuis cinquante ans en faire cent volumes, quel trésor, quelle mine inépuisable !

Une étude comparative merveilleuse serait bien l'exposé de la thérapeutique de 1830 et de 1881, il n'y aurait qu'à compiler le *Bulletin* pour faire ce grand travail, tout en jetant un regard de temps en temps sur les travaux de l'école expérimentale qui a tant contribué à asseoir sur une base solide la thérapeutique de nos jours.

Il nous est particulièrement agréable de féliciter nos confrères d'outre mer de leur succès. Les circonstances particulières dans lesquelles se trouve le Canada vis-à-vis la France depuis quelque temps, les relations intimes, les sympathies plus nombreuses que l'on observe entre les deux pays, tout cela fait vibrer chez nous une de ces cordes du cœur qui fait que nous nous surprenons à dire affectueusement : si la science avait une patrie, ce serait bien en France qu'il faudrait la chercher.

Lorsque la France couronne nos poètes, nous ouvre les portes de l'immortalité, fournit au talent la récompense, au bras vigoureux le travail, à la nation pauvre l'argent, pouvons-nous ne pas nous attendrir quand il s'agit d'assister à ses fêtes, surtout quand ces fêtes sont scientifiques.

Ne sommes-nous pas d'ailleurs, nous médecins, doublement français, et par le cœur et par l'intelligence ? Si c'est le bon vieux sang gaulois qui coule dans nos veines et donne la vie à notre cœur, n'est-ce pas le génie des pères de la médecine en France, qui a présidé à nos études et fécondé nos travaux, et si le niveau de la science médicale monte rapidement au Canada, nous pouvons bien en chercher la cause principale dans les rapports scientifiques plus intimes qui existent entre les deux pays depuis quelques années.

Nul doute que les Etats-Unis et l'Angleterre apportent dans ce gigantesque ouvrage leur noble part, mais l'Alma mater véritable est bien *là-bas !*

Dis-moi, mon fils, dis-moi, ne reviennent-ils pas ?

fait dire le poète, à nos ancêtres abandonnés.

Oui, ils nous reviennent *nos gens*, ils nous reviennent avec la double fortune qui féconde le sol et les intelligences, qui engraisse les sillons et fait germer les idées : l'argent et la science ! S. L.

Collége des médecins et chirurgiens, P.Q.—Le Bureau des examinateurs pour l'admission à l'étude de la médecine s'assemblera, à Québec, le 22 septembre courant.

L'assemblée semi-annuelle du Bureau Provincial de médecine aura lieu, à Québec, le 28 septembre courant.

GUIDE DU VACCINATEUR.

(*Suite et fin.*)

Vaccin animal.

On entend par *vaccination* animale le procédé qui consiste à semer sur le ventre d'un jeune veau ou d'une génisse, à la partie postérieure et inférieure de l'abdomen, le *cow-pox* spontané, découvert sur le pis d'une vache laitière, ou le *horse-pox* spontané, recueilli sur les naseaux d'un cheval; à prendre, ensuite, vers le cinquième ou le sixième jour de l'éruption provoquée de ces pustules, le vaccin ou lymphe vaccinale qu'elles renferment, pour le transporter sur l'enfant, à l'effet de procéder à la vaccination. Cette culture successive et régulière du cow-pox ou du horse-pox spontanés, se fait ainsi sur le même terrain de la vache, sans migration préalable dans l'organisme humain. Le cow-pox ainsi produit artificiellement, présente, du reste, les mêmes avantages que le cow-pox spontané, et ses effets sont aussi puissants et aussi durables. D'autre part, il ne semble pas que l'animal inoculé souffre notablement; sa chair ne perd nullement de sa saveur, et le seul inconvénient est de lui faire perdre une certaine quantité de son poids, et un peu de sa valeur marchande.

La valeur préservatrice du vaccin animal n'est plus à démontrer; elle ne peut être contestée que par des adversaires systématiques, car il est impossible, la plupart du temps, aux personnes les plus expérimentées, de distinguer une vaccination faite avec du vaccin animal, d'une vaccination faite avec du vaccin jennérien.

Le choix de l'animal à inoculer n'est pas sans importance mais le sexe n'a aucune influence sur le résultat de l'opération. On prendra de préférence une génisse, à défaut un veau de forte constitution, les pustules vaccinales étant généralement d'autant moins développées que l'animal est moins bien portant. D'autre part, les premiers mois de l'existence (3 ou 4 mois), sont incontestablement préférables, parce qu'on est à peu près sûr que l'animal qu'on veut inoculer, n'a pas déjà été atteint de cow-pox spontané, ce qui diminuerait certainement les chances de succès.

La génisse inoculée peut être gardée dans une pièce quelconque, une écurie ou une étable ordinaire ; les seules conditions sont que cette pièce soit bien aérée, et que l'animal repose sur une litière de paille fraîche. La nourriture doit se composer d'ordinaire de lait, d'œufs entiers et de pains asymes.

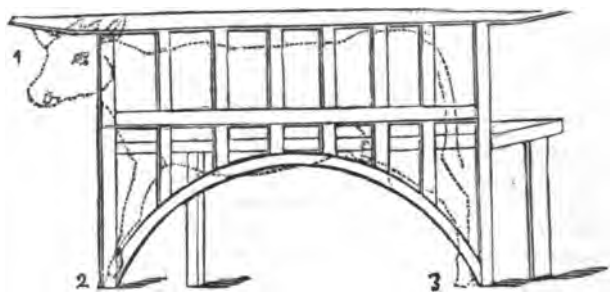

Fig. 4.

Pour inoculer une génisse, on la place sur une table en l'y attachant solidement, de façon à éviter les mouvements. On emploie aussi une sorte de claie mobile pouvant se placer à volonté horizontalement et verticalement. Cette claie étant d'abord en position verticale, la génisse, placée à côté d'elle et debout, est fixée solidement par la tête et les membres, puis on imprime à la claie un mouvement de bascule, et la génisse se trouve ainsi dans l'impossibilité de faire aucun mouvement qui puisse gêner l'opérateur (fig. 4).

Il est, alors, facile de pratiquer l'inoculation. Celle-ci se fait de préférence à la partie postérieuse droite de l'abdomen, entre les trayons et les plis de l'aîne (fig. 5) ; la peau y est, en effet, non-seulement très fine, mais, en outre, cette région est plus que toute autre à l'abri du contact des corps étrangers. La peau est d'abord rasée sur une étendue de 10 centimètres de largeur et sur 15 centimètres environ de longueur. On peut raser, soit à sec, soit à l'aide de savon, à condition d'essuyer ensuite avec soin la mousse, qui pourrait empêcher le vaccin de prendre d'une façon efficace.

On pratique ensuite, soit des piqûres avec des lancettes chargées de vaccin, soit, ce qui est préférable, des incisions parallèles ou alternées, en recouvrant ces incisions de liquide vaccinal. Ces scarifications doivent être assez superficielles et laisser couler peu de sang ; du reste, cet écoulement de sang n'empêche pas, en général, le vaccin de se développer d'une manière convenable.

L'inoculation produit une démangeaison assez vive qui donne aux génisses une certaine tendance à se lécher. Il est facile de les en empêcher en les affublant soit d'un panier formant muselière, soit d'un collier de bois qui les met dans l'impossibilité de remuer la tête. Enfin, s'il y a plusieurs génisses dans une étable, on a soin de les séparer d'une façon convenable, en les plaçant à une distance suffisante pour qu'elles ne se léchent pas mutuellement.

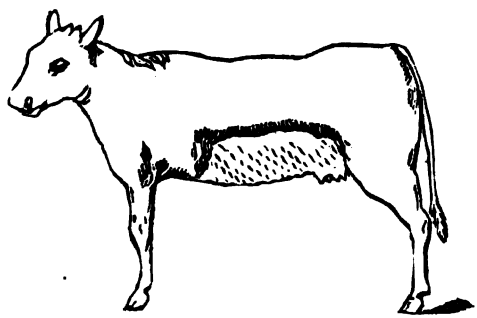

Fig. 5.

D'après certains auteurs, les animaux inoculés ressentent une espèce de fièvre particulière, qui les agite et provoque parfois un peu de diarrhée.

L'évolution des pustules se fait, en général, rapidement ; quelques heures après l'inoculation, apparaît une légère rougeur qui disparaît bientôt et ne laisse plus voir qu'un petit caillot sanguin au niveau de la piqûre. Au bout de deux jours l'éruption se montre, et l'on sent surtout, avec la pulpe du doigt, une papule qui devient bientôt une pustule manifeste dès le troisième jour. Le quatrième jour, elle s'ombilique en se remplissant d'un liquide citrin, transparent, qui devient de plus en plus épais, et même purulent vers le huitième jour.

C'est surtout les quatrième et cinquième jours que le vaccin est bon à prendre et qu'il produit les meilleurs effets. Il perd ensuite de sa valeur de jour en jour. Toutefois on peut encore obtenir de bonnes inoculations jusqu'au septième jour.

Le vaccin animal ainsi développé peut être employé de deux façons, soit frais, soit conservé. A l'état frais, la récolte du vaccin animal se fait absolument de la même façon que pour le vaccin jennerien, lorsqu'on vaccine de bras à bras.

La pustule est d'abord ouverte en enlevant la pellicule (*en la mouchant*) qui recouvre le virus ; et, pour faciliter l'écoule-

ment du vaccin en le rendant plus abondant, on presse simplement la pustule à sa base au moyen d'une pince assez semblable aux pinces à pansements ordinaires, mais qui présente cette particuliarité qu'elle peut être maintenue et fortement serrée au moyen d'un crochet situé entre les deux branches à anneaux (fig. 6). Il ne faut jamais tirer d'une pustule une trop

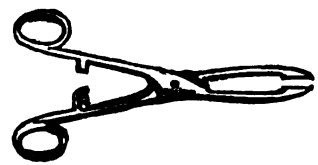

Fig. 6.

grande quantité de vaccin, car, à la fin, on n'en obtiendrait plus qu'une sérosité d'efficacité douteuse.

Les lancettes employées par la vaccination animale sont complètement semblables à celles que nous avons décrites pour le vaccin jennérien ; on en trouvera le modèle et le dessin, (figure 7.) Celle qui présente le plus d'avantages est incontestablement la lancette dite lancette de Chambon (fig. 7, n° 2).

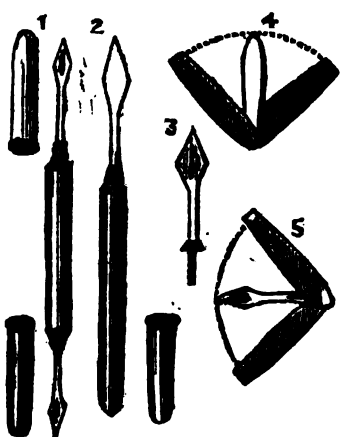

Fig. 7.

La pustule pour fournir le vaccin ayant été ouverte et se trouvant comprimée à sa base, au moyen de la pince décrite plus haut, le virus-vaccin abonde au niveau de la pustule, et il est alors facile de le recueillir pour charger la lancette.

Quant au mode opératoire de vaccination, ce que nous avons dit au sujet du vaccin jennérien, s'applique également, ici, en tous points, au vaccin animal. L'abondance du vaccin permet de déposer préalablement sur les points à inoculer, une gouttelette au milieu de laquelle on porte la pointe de la lancette.

Lorsqu'on a un certain nombre de vaccinations à pratiquer, afin d'éviter de revenir à chaque instant près de l'animal vaccinifère, pour charger la lancette, on peut employer une bague dont le modèle est indiqué, (figure 8). Cette bague se compose d'un anneau ordinaire en métal, présentant un chaton de verre légèrement concave, sur lequel on dépose une certaine quantité de lymphe vaccinale; mais il faut avoir soin de laver la lancette, chaque fois qu'on passe d'un enfant à un autre, afin d'éviter de transmettre en même temps que le virus-vaccin, tout autre virus qui deviendrait un danger pour la personne inoculée.

Fig. 8.

Le vaccin animal se conserve comme le vaccin jennérien ; et l'expérience nous apprend même que cette conservation en est non seulement plus facile, mais encore plus durable.

Rappelons, d'abord, que le vaccin animal peut être recueilli sur des *lancettes ordinaires*, sur des *pointes d'ivoire* ou des *plaques de verre*, de la même façon que le vaccin jennérien ; mais cette conservation n'est que de courte durée et ne donne, le plus souvent, que des succès douteux ou incertains.

Le seul procédé de conservation du vaccin animal, est de le recueillir dans des *tubes de verre* capillaires, présentant une sorte d'ampoule à la partie moyenne (fig. 9, n° 1).

Pour recueillir ainsi le vaccin, il faut agir de la façon suivante : l'animal est d'abord placé et solidement attaché sur la table qui a servi à l'inoculer lui-même, et que nous avons décrite plus haut. Une des pustules vaccinales, fortement serrée avec la pince à pression, est ouverte au moyen de la lancette, et on laisse, pendant quelques instants, émerger le virus à la surface de la pustule ; prenant ensuite un tube de verre de 2 à 3 millimètres, effilé à son extrémité, on l'applique perpendiculairement sur la pustule, et il ne tarde pas à s'emplir complète-

ment par suite du phénomène de la capillarité (fig. 9, nº 3); le vaccin ainsi recueilli après repos d'une ou deux heures, est ensuite déposé sur une plaque de verre, où il ne tarde pas à se diviser en deux parties: l'une formant un petit congulum ou caillot, et l'autre, liquide, que l'on peut alors introduire également, par capillarité, dans les tubes destinés à conserver le vaccin. Pour empêcher la décomposition du vaccin, on ferme immédiatement ce tube, soit au moyen de suif ou de cire à cacheter, soit encore, ce qui est préférable, avec du bitume de Judée.

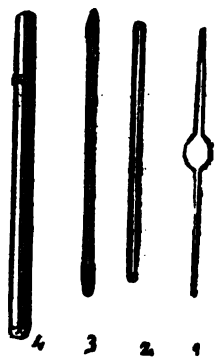

Fig. 9.

Les tubes de vaccin ainsi préparés sont expédiés dans des étuis métalliques (fig. 9, nº 4) garnis intérieurement d'un peu de ouate à l'extrémité supérieure.

Lorsqu'on veut, maintenant, employer le vaccin contenu dans ce tube pour charger une lancette destinée à vacciner, on commence par casser au moyen d'une légère pression de l'index et du pouce les deux extrémités du tube; puis, on prend un tube plus gros insufflateur dont le modèle est indiqué, (figure 9, nº 2,) et dont le diamètre est un peu inférieur à celui de l'ampoule du tube contenant le vaccin; le petit tube étant alors introduit dans le gros, il suffit de souffler légèrement par l'extrémité libre du tube le plus gros, pour faire s'écouler, sur la lancette, ou sur l'ongle du pouce gauche, le vaccin du tube capillaire. On pratique ensuite la vaccination, comme si le vaccin avait été pris directement sur la pustule de la génisse.

Un autre procédé de vaccination animale, généralement employé en Italie, consiste à emporter par section tranchante, la pustule tout entière, et à la mélanger intimement, en la ma-

laxant avec un peu de glycérine. On obtient ainsi une sorte de pâte qui peut être expédiée facilement dans des tubes de plume d'oie ou dans deux verres de montre. Pour l'employer ensuite, on rend ce magma liquide par l'addition d'un peu de glycérine; c'est dans ces conditions qu'il est employé pour charger les lancettes. Ce procédé nécessite au point d'inoculation de petites scarifications, sur lesquelles on promène ensuite le virus en recouvrant la partie piquée d'un morceau de toile ou de taffetas.

Clinique et Dispensaire de l'Hopital Notre-Dame.

MALADIES DES YEUX ET DES OREILLES.

Nombre total des malades traités à ce dispensaire depuis le 1er Mars jusqu'au 1er Septembre 1881 : 354.—Hommes, 184; femmes 170.

Maladies des Yeux.

Paupières.

Blépharite	27	Herpes ophthalmique	2
Œdème des paupières	8	Erosion angulaire	7
Trichiasis et Districhiasis	5	Blépharophimosis	5
Entropion	3	Ecchymose palpébrale	2
Ectropion	3	Blépharo adénite	4
Chalazion	4	Abcès des paupières	1

Conjonctive.

Hypérémie de la conjonctive et conjonctivite catarrhale	63	Ptérygion	3
Conjonctivite purulente	3	Chémosis	3
" pustuleuse	6	Ecchymose sous conjonctivale	5
" granuleuse (granulations simples, mixtes et diffuses)	19	Ephiphora	2
		Pinguécula	2
		Lithiase conjonctivale	2

Cornée et Sclérotique.

Kératite (avec ou sans iritis)	6	Taie	12
" suppurative	11	Leucôme adhérent	7
" ulcéreuse	8	Episclérite	3
" phlycténulaire	20	Corps étranger de la cornée	7
" diffuse	2	Pannus	18
" marginale	4	Hypopion	2
" traumatique	5	Rupture de la cornée	2
Staphylôme (pellucide et opaque)	5	Rupture de la sclérotique	1

Iris, choroide et corps ciliaire.

Iritis (spécifique et autre)	6	Scléro choroidite postérieure, (staphylôme postérieur et atrophie choroidienne)	9
Irido cyclite	3	Hernie de l'iris	1
Synéchie (ant et post)	9		
Glaucôme (chronique simple et absolu)	2		

Rétine et nerf optique.

Névrorétinite ..... 6 | Atrophie du nerf optique..... 10

Cristallin et humeur vitrée.

Cataracte (sénile, molle, traumatique) ..... 18 | Corps flottants et troubles dans l'humeur vitrée..... 2

Globe oculaire.

Atrophie ..... 4 | Panophthalmite..... 1

Appareil lacrymal.

Dacryocystite (aigue et chronique) abcès du sac, obstruction des voies lacrymales et fistule lacrymale..... 18 | Hypertrophie de la glande lacrymale..... 1
Eversion des points lacrymaux. 3

Affections musculaires et névroses.

Strabisme convergent..... 7 | Paralysie de la 3ème paire..... 2
" divergent..... 1 | Névralgie orbitaire 1
Paralysie de la 4ème paire..... 2 | Blépharospasme..... 8

Réfraction et accommodation.

Hypermétropie..... 15 | Amblyopie (nicot et alcool)..... 4
Myopie..... 7 | Diplopie..... 2
Presbytie..... 4

MALADIES DES OREILLES.

Oreille externe.

Eczéma..... 4 | Ostéo periostite de l'apophyse mastoide 2

Conduit auditif externe.

Otite Externe ..... 3 | Exostose 2
Furoncle ..... 4 | Obstruct complète..... 2
Cérumen..... 15

Trompe d'Eustache.

Obstruction de la trompe d'Eustache..... 15

Oreille moyenne.

Otite catarrhale..... 13 | Perforation de la membrane du tympan (avec ou sans écoulement)..... 13
" purulente 3
Myringite ..... 6 | Polype 2

Oreille interne.

Vertige de Meinière..... 1 | Surdité Sénile et de cause douteuse 11
Tintement d'oreille..... 10

OPÉRATIONS.

Cataracte (extraction)..... 6 | Cantoplastie 8
Iridectomie (optique et thérapeutique)..... 3 | Ablation de la glande lacrymale 1
Enucléation..... 1 | Débridement des points lacrymaux 5
Entropion paup sup..... 5 | Sclérotomie 1
Paracenthèse de la cornée ..... 7 | Névrotomie optico ciliaire..... 1
Strabotomie ..... 8 | Péritomie 3
Tatouage de la cornée..... 2 | Ablation de Polype..... 2
Débridement du sac lacrymal.. 10 | Incision du périoste de la région mastoidienne..... 2
Chalazion 5

Le cas d'hypertrophie de la glande lacrymale, mentionné ci-dessus, nous engage à en dire quelques mots.

Cette affection, assez rare s'il faut en juger par la courte description donnée dans les auteurs et le petit nombre d'observations rapportées jusqu'à ce jour, s'est présentée à nous, chez un femme de 56 ans. La glande hypertrophiée avait l'apparence d'une tumeur circonscrite, élastique, déplaçant l'œil et le gênant dans ses mouvements. En élevant avec les doigts la paupière supérieure, la tumeur ne changeait pas de position. La malade tournait difficilement les yeux du côté de la tempe, se plaignait de douleurs brulantes et lancinantes dans la partie supérieure et externe de l'orbitre Ces douleurs étaient intermittentes et ne s'exagéraient nullement par la pression.

La paupière supérieure, l'élévateur étant comprimé, avait perdu la faculté de se contracter et pendait, sans mouvement, au devant de l'œil déplacé. De consistance molle, elle était gonflée et parcourue par des vaisseaux variqueux.

L'œil, légèrement congestionné, était en strabisme inféro-interne. La sécrétion des larmes était notablement diminuée et le mouvement du globe oculaire, entre les paupières, déterminait une sensation de rudesse et de douleur.

Rien à noter du côté de la constitution de la malade.

Aucune cause mécanique telle que coup, irritation locale, ne peut être invoquée pour expliquer la production de cette tumeur. La glande lacrymale a augmenté lentement de volume sans qu'aucune poussée inflammatoire soit venue en accélérer la marche.

Le mouvement imprimé aux paupières, qui ne déterminait pas le changement de position de la tumeur, indiquait qu'elle était située derrière le fascia inter orbitaire. Le développement lent, l'absence complète de rougeur, d'adhérence à la peau, nous firent penser à une simple hypertrophie plutôt qu'à une tumeur de mauvaise nature. Dans l'appréhension ou nous étions qu'il pouvait s'agir d'un kyste, nous fîmes une ponction exploratrice qui ne justifia pas nos craintes. Notre malade n'était pas atteinte d'exorbitis, mais, vu le déplacement déjà considérable de l'œil en dedans, il y avait à craindre qu'elle ne le soit avant longtemps.

La glande lacrymale, en augmentant de volume, chasse l'œil de sa cavité et le globe oculaire peut venir à pendre sur la joue comme il est rapporté dans quelques cas analogues. Si la maladie est négligée, ou si le malade se refuse au traitement, on peut voir le côté temporal de l'orbitre se dilater, l'œil se déplacer, s'enflammer, suppurer et éclater ; la cavité de l'orbitre se remplir complètement, la tumeur se porter en bas, à travers la fente

sphéno maxillaire ou en haut à travers les parois de l'orbite, et finalement causer la mort.

Comme on le voit, d'après ce tableau plus ou moins sombre, l'œil étant presque toujours menacé fatalement et la vie même, quelques fois, il y a indication, dans des cas semblables, d'intervenir le plus tôt possible. Le traitement est chirurgical et consiste à faire l'ablation de la glande hypertrophiée. L'extirpation des tumeurs de la glande lacrymale a presque toujours été suivie de succès. On a noté, dans certains cas, le développement d'un érysipèle de la face et la formation d'abcès, mais on peut dire qu'il ne s'agit pas là d'une opération grave.

Plusieurs procédés d'ablation de la glande lacrymale sont recommandés; celui qui nous a paru le préférable et que nous avons adopté c'est le procédé de Halpin.

Il consiste à attirer fortement la paupière supérieure en bas jusqu'à amener la moitié externe du sourcil au-dessous de l'arcade orbitaire et de pratiquer sur le sourcil même une incision courbe à convexité supérieure commençant au-dessous du tendon de l'orbiculaire pour se terminer au-dessus de la commissure externe. Les parties molles sont divisées jusqu'au périoste qui là se confond avec l'aponévrose orbito oculaire. On peut pratiquer l'extirpation de la glande lacrymale sans pénétrer dans la loge postérieure de l'orbitre, grâce à la loge fibreuse spéciale, très bien décrite par Tillaux, dans laquelle se trouve enfermée la glande lacrymale. Dans notre cas, nous avons suivi exactement ce procédé et nous avons lieu d'en être satisfait.

Après l'ablation de la tumeur, nous avons réuni les lèvres de la plaie par des points de suture; tout en laissant une ouverture béante à l'angle inférieur pour y introduire un drain, afin que les liquides sérosanguinolents puissent trouver une issue facile et que l'on puisse aussi faire, dans la plaie, des lavages appropriés.

Pour éviter le gonflement œdémateux qui s'empare si souvent de la paupière et du tissu sous conjonctival, grâce à la laxité de ces tissus, nous avons fait la compression. Cette précaution n'empêcha pas l'œdème d'envahir la face du coté correspondant et d'empiéter même sur le coté opposé. En même temps, la conjonctive devint le siége d'un chémosis intense et la malade présenta tous les symptômes d'un phlegmon orbitaire. La glace en permanence fut appliquée sur l'œil, le chémosis fut incisé et au bout de quelques jours d'une médication énergique les symptômes s'apaisèrent et tout rentra dans l'ordre.

Les tissus se dégorgèrent, reprirent peu à peu leur aspect

normal, la cornée échappa aux lésions que provoquent trop souvent les chemosis prononcés, et bientôt, il ne resta plus qu'une légère suppuration de la plaie qui a son tour ne tarda pas a disparaître.

Au bout de cinq semaines, la malade quitta l'Hopital.

Le nombre, relativement restreint, de malades traités au dispensaire de l'Hopital Notre-Dame, pour les maladies des yeux et des oreilles, pendant les six mois qui viennent de s'écouler, nous engage a ne pas donner un compte rendu plus détaillé que celui-ci.

Aussitôt que le nombre des malades se sera accru dans des proportions suffisantes, pour donner à nos chiffres statistiques une plus grande portée pratique, nous ferons connaître, non-seulement le nombre des maladies et celui des opérations, mais aussi le traitement et les procédés opératoires que nous aurons adoptés. Nous ajouterons des développements ayant trait a l'observation clinique des maladies, aux particularités diverses qu'elles ont pu offrir pendant le traitement.

A. A. FOUCHER, M. D.

REVUE DES JOURNAUX.

PATHOLOGIE ET CLINIQUE MÉDICALES.

Diagnostic de l'urémie.—Traitement des néphrites.—Chaque fois qu'il s'agit de décrire une maladie dont une extrême variabilité de symptômes rend le diagnostic embarrassant, tout pathologiste qui se pique de littérature, sentant frémir au fond de sa mémoire ses vieux souvenirs classiques, ne croit pouvoir se dispenser de faire une allusion plus ou moins discrète au légendaire Protée, immortalisé par Virgile. Nous manquerons d'autant moins à ce respectable usage, qu'ayant pâli jadis sur un abomidable pensum qui consistait à copier un grand nombre de fois l'élégant mais bizarre épisode des Géorgiques, nous nous en souviendrions encore *in articulo mortis.*

—De fait, ce Protée était un être singulier, se livrant, nous dit le poète, à un cumul de professions vraiment capable d'exciter l'envie des rebouteurs de notre temps. Outre qu'il était berger (des troupeaux du divin Neptune), il possédait le don lucratif de prophétie et connaissait quantité de remèdes secrets, puisqu'on allait lui demander une consultation pour guérir la maladie des abeilles; enfin, il jouissait d'une propriété bien utile à tous les braves gens qui pratiquent l'exerbe illégal de la médecine, celle d'être, comme nous disons, éminemment polymorphe. Que pourrait en effet la main de Thémis,—fût-elle couverte du gant de peau blanche d'un robuste gendarme, —contre un être ondoyant et divers qui, tour-à-tour:

Sus horridus atraque tigris
Squamosusque draco et fulvâ cervice læna
.....Formas se vertit in omnes?

Maintenant que nous avons fait œuvre de justice en signalant à nos confrères, dûment patentés, ce dangereux charlatan de Protée, dont les vers harmonieux du cygne de Mantoue dissimulent mal les méfaits,—revenons aux choses sérieuses et disons que si jamais l'épithète de protéiforme est à sa place, c'est bien quand on parle du diagnostic de l'urémie.

Certes, le clinicien doit déployer toute la sagacité, tout le flair dont il est capable pour dépister cet ennemi sournois qui emprunte tous les masques et revêt les déguisements les plus imprévus. A propos du diagnostic de la néphrite interstitielle, nous avons déjà signalé quelques-uns des multiples aspects sous lesquels se présente l'urémie à son début. Nous n'y reviendrons pas, et notre tâche d'aujourd'hui sera assez lourde de chercher à mettre en relief les états pathologiques pour lesquels peut donner le change l'urémie confirmée.

A. L'URÉMIE CEREBRALE A FORME CONVULSIVE doit être différenciée d'avec 1° l'*épilepsie*. Si l'on assiste à l'attaque convulsive, il faudra observer soigneusement la succession des différentes phases; car c'est seulement par des nuances que l'une diffère de l'autre. La période initiale de convulsions toniques manquerait absolument dans l'urémie (Jaccoud), et la pâleur de la face est moins marquée; on ne voit pas les mouvements convulsifs prédominer d'un côté du corps, le pouce n'est pas en flexion forcée dans la paume de la main, la sensibilité reflexe des muqueuses est absolument abolie; la perte de connaissance est moins longue et la langue n'est pas si souvent mordue. Si l'on n'a pas été présent, la plupart de ces renseignements ne peuvent être utilisés, car on ne peut

les obtenir de l'entourage du malade; tout au plus peut-on savoir si le début de l'attaque a été marqué par un cri, si les lèvres étaient couvertes d'écume, signes moins fréquents dans l'urémie.

Les commémoratifs joueront un rôle important dans le diagnostic en pareil cas; l'épilepsie est une affection dont le début remonte en général à l'enfance, et souvent la famille du malade en a connaissance; mais on peut se trouver en présence d'épileptiques n'ayant eu jusqu'alors que des accès nocturnes ignorés de tous et d'eux-mêmes.

Les difficultés sont donc parfois grandes et ne disparaîtront que par l'évolution ultérieure des accidents, c'est-à-dire par le retour rapide à la santé, dans le cas d'épilepsie ou la prolongation des phénomènes convulsifs dans le cas contraire. Il faut également s'appuyer sur la considération de troubles antérieurs de la santé imputables à une néphrite, de scarlatine préexistante, plus ou moins fruste et méconnue; enfin, sur l'examen de l'urine au point de vue de la quantité, des quatlités physiques et chimiques (diminution de la densité et de l'urée, présence de i'albumine), de l'examen microscopiques (cylindres épithéliaux, granules-graisseux fibrineux). L'épilepsie a pu s'accompagner à la fin d'albuminurie, comme l'a vu une fois Jaccoud; mais c'est alors une albuminurie tout-à fait légère et transitoire.

Pour n'avoir plus à y revenir, insistons sur ce fait que c'est dans l'étude urologique qu'il faut chercher la clef de tous les problèmes cliniques où l'urémie est une des inconnues.

2° L'*Eclampsie puerpérale* peut avoir deux origines: tantôt elle est sous la dépendance d'une de ces niphrites gravidiques récemment décrites par M. Mayor, c'est alors une manifestation véritablement urémique; tantôt elle résulte de l'excitabilité anormale de l'axe spinal, c'est une éclampsie réflexe. Les caractères chimiques de ces deux attaques étant identiques. l'examen de l'urine, suivant qu'elle sera trouvée albumineuse ou non, peut seul tirer d'embarras.

3° L'*Eclampsie des enfants*, symptomatique de la dentition, de vers intestinaux, ne doit pas être confondue avec les convulsions urémiques. Citons à ce propos un fait bien curieux: un enfant, ayant eu récemment la scarlatine, est pris de convulsions; dans l'urine pas d'albumine. M. Desnos, songeant à la possibilité d'une éclampsie réflexe due à des désordres gastro-intestinaux, administre un purgatif et le malade rend une tête de vis métallique qu'il avait avalée en jouant.

4° *L'hystérie* doit être prise en considération à propos du diagnostic de l'urémie cérébro-spinale quand les mouvements

convulsifs revêtent l'aspect désordonné et ataxique ; on recherchera l'anesthésie unilatérale ou en zones disséminées, la sensation de contriction de la gorge ; on comprimera les ovaires ou les nerfs sus-orbitaires à leur point d'émergence, et si l'attaque cesse, on se trouvera suffisamment édifié.

B. L'URÉMIE CEREBRALE A FORME TETANIQUE pourrait être conforme avec 1° *le tétanos.* Mais l'absence de plaies des extrémités, la localisation des contractures à certains groupes de muscles sans tendance à la généralisation, le début qui ne se fait pas aussi constamment que dans le tétanos par le trismus et la raideur de la nuque, l'abaissement de la température sont en faveur de l'urémie.

2° *La contracture essentielle des extrémités* ou *tétanie ;* elle a des caractères spéciaux, si bien décrits par Trousseau, elle est symétrique, de courte durée, ne s'accompagne guère d'un d'un état général sérieux.

3° *L'intoxication* accidentelle ou médicamenteuse par la *strychnine* (noix vomique, gouttes de Baumé) produit des accidents tétaniques qui seraient particulièrement difficiles à distinguer de l'urémie dans un cas comme celui que cite Jaccoud, où les convulsions apparurent chez une femme atteinte de maladie de Bright, après l'administration de noix vomique, par suite de la non-élimination du médicament.

C. L'URÉMIE CÉRÉBRALE A FORME COMATEUSE soulève une des questions les plus épineuse de la séméiologie, le diagnostic des *comas.* Tout praticien, tout interne de garde dans nn hôpital s'est trouvé en présence d'une créature humaine, en état de résolution musculaire complète, avec abolition totale des fonctions intellectuelles et chez qui la vie ne se manifeste plus que par une circulation languisante et une insuffisante respiration.

Personne ne songe en pareil cas à imiter certain étudiant étranger dont le souvenir épanouira longtemps les rates de l'internat et qui, soit par naïveté, sont ignorance de la langue médicale, posait gravement un à malade inerte cette question homérique : " Qu'est-ce vous ressentez, mon brave ? Avez-vous coma ? "—Il faut donc se contenter, à défaut d'un interrogatoire impraticable, de passer en revue l'état de tous les appareils et d'en déduire, si l'on peut, un diagnostic.

Si l'on apprend que la coma a été précédé de mouvements convulsifs, on pense au coma qui suit toute attaque d'épilepsie.

En l'absence de tout renseignement, on songe d'abord à à *l'apoplexie cérébrale.* Addison signalait déjà certaines différences : suivant lui, les épileptiques ronflent de la gorge et du nez, c'est le véritable stertor ; dans l'urémie le bruit est pro-

duit plus superficiellement et seulement par projection des lèvres.—L'insensibilité et la résolution musculaire sont générales dans l'accès urémique et non pas hémiplégiques.

Les intéressantes recherches sur la température de Bourneville et Charcot ont montré que celle-ci est constamment abaissée dans le coma urémique, elle s'élève au contraire dans l'hystérie et l'éclampsie et même dans l'éclampsie puerpérale accompagnée de néphrite et d'albuminurie.

—Dans le coma apoplectique, elle s'abaisse pendant un court espace de temps, mais ne tarde pas à s'élever.

On doit songer au *coma par intoxication palustre*, dans les pays de marais, et il est extrêmement important de ne point le méconnaître, car livré à lui-même, il est rapidement mortel tandis que la médication quinique énergique et immédiate peut en triompher. Notre grand écrivain, Renan, pendant le voyage qu'il fit en Palestine pour réunir les matériaux de la vie de Jésus, faillit succomber aux atteintes du coma paludéen; la sœur aimée qui l'accompagnait et lui servait de secrétaire fut victime du même mal, mais n'y put échapper.

On dit que, dans les accès pernicieux, la proportion d'urée s'accroit dans l'urine, comme après tout accès de fièvre intermittente légitime; mais on sent ce qu'une telle appréciation offre de difficultés.

Le *coma diabétique* a été observé, sans albuminurie, par Charcot, par Bourneville, par plusieurs médecins anglais.

D. L'urémie cérébrale à forme délirante ou à formes mixtes, avec alternatives de coma et de déraison ne doit être admise qu'après élimination de toutes les intoxications de cause interne ou externe.

Ainsi on voit dans l'ictère grave (acholie ou cholestérémie le coma, le délire, les convulsions.

L'apyrexie doit faire rejeter toutes les manifestations délirantes des affections cérébrales (méningites, encéphalopathies des fièvres typhoïdes ou éruptives graves), et d'autres inflammations viscérales (pneumonie du sommet, etc.), le délire des opérés, etc...—*Le Concours Médical.*

(*A continuer.*)

—

Traitement des maladies du cœur, par le professeur DE RENZI.—Dans les affections cardiaques, la thérapeuthique moderne commence à employer trois médicaments nouveaux: le bromure de potassium, l'iodure de potassium et l'hydrate de chloral.

I. Le bromure de potassium, suivant Binz et Sée, a une action directe sur le cœur et la circulation périphérique, si bien qu'on doit le classer plutôt parmi les médicaments cardio-vasculaires que parmi les antinerveux.

Suivant Gubler, le bromure de potassium exerce une influence sédative très remarquable sur les maladies organiques du cœur ; il fait disparaître les intermittences et abaisse les pulsations de 108 à 78.

Le professeur Dujardin-Beaumetz place le bromure de potassium parmi les toniques du cœur, et le cite en première ligne, immédiatement après la digitale : " Le bromure de potassium, " dit-il, régularise la circulation et a des propriétés sédatives " sur l'axe cérébro-spinal, et en particulier sur la bulbe. Il est " bien supérieur à l'opium, qui augmente la congestion déjà " si vive de l'encéphale, il régularise les battements du cœur, ' diminue l'irritabilité nerveuse si fréquente chez les cardiopa- " thes et peut ainsi combattre les insomnies qui affaiblissent et " épuisent les malades."

" Nous employons le bromure de potassium, dit Sée, 1° com- " me modérateur de la circulation périphérique, surtout dans " les affections cardiaques qui s'accompagnent de diminution " de la pression artérielle, d'augmentation de la pression vei- " neuse, d'accélération et d'irrégularité des battements du " cœur, de congestions passives, d'œdème, de cyanose, de dysp- " née ; 2° comme déprimant l'excitabilité réflexe ; 3° comme " hypnotique."

II. Le second médicament employé récemment avec beaucoup de succès est l'iodure de potassium. Dans son livre sur les maladies du cœur, publié l'année dernière, le professeur Sée dit de l'iodure qu'il est non seulement le meilleur agent pour combattre l'asthme, mais encore qu'il est le remède le plus utile dans la dyspnée d'origine cardiaque.

Il l'emploie de préférence dans les altérations du tissu propre du cœur plutôt que dans les lésions vulvulaires.

III. L'hydrate de chloral est aussi fréquemment employé dans les affections cardiaques. Il rlaentit tout d'abord les contractions de l'organe et en diminue ensuite l'énergie ; tel est le résultat des recherches de Liebreicht, Demarquay, Rokitansky, Troquart, Sée, etc, Le chloral agit, en paralysant, pour ainsi dire, soit les ganglions automoteurs intrinsèques du cœur, soit le centre vaso-moteur bulbaire.

Les recherches de Vulpian, Cl. Bernard, Rejewski, Owjanikow, Heidenham, Rokitanski, démontrent que l'hydrate de chloral a une action paralysante sur le centre nerveux vaso-moteur, qui amène la dilatation des vaisseaux périphériques.

avec diminution de la pression sanguine. Aussi les influences réflexes, à la suite de l'action du chloral, ne sont pas capables d'exciter le centre du vaso-moteur.

Chez sept malades affectés de maladies du cœur, traités cette année à sa clinique, le professeur Renzi a employé ces médicaments, et, par un examen attentif de ces malades, il a été possible de tirer les conclusions suivantes:

a. Le bromure de potassium diminue l'anxiété des malades atteints d'affections cardiaques: ils éprouvent un certain bien être, et la respiration est plus facile. Sous son influence, le sommeil est plus tranquille, plus facile et plus durable: aussi c'est le retour du sommeil physiologique qui paraît être le fait le plus constant et le plus avantageux du bromure de potassium.

Le nombre des pulsations cardiaques et des inspirations cardiaques diminue; c'est pour ces dernières, jusqu'à présent du moins, que la diminution est le plus sensible. La toux seule semble s'aggraver sous l'influence du médicament.

b. L'iodure de potassium réussit mieux et est plus utile dans les maladies du cœur. Son effet principal est d'améliorer d'une manière remarquable la respiration et surtout de faire cesser l'asthme symptomatique.

c. L'hydrate de chloral, à petites doses, peut combattre l'insomnie qui tourmente les cardiopathes. En général cependant il ne diminue pas sensiblement la dyspnée d'origine cardique. Il facilite la torpeur cérébrale et la somnolence, phénomènes qui ne sont pas rares dans les maladies du cœur. Le plus souvent on a dû suspendre le chloral, parce que, administré avec l'iodure de potassium, il produit alors chez les malades une somnolence grave et persistante—.(*Gazetta medica italiana.—Le siècle médical.*

—

Curabilité et traitement de la phthisie pulmonaire. —Avant même qu'il eût été prouvé anatomiquement, comme le fait l'a été récemment, que par sa structure même le tubercule avait une tendance naturelle à la guérison, la curabilité de la phthisie pulmonaire était un fait clinique bien démontré, démonstration à laquelle, pour sa part, M. le professeur Jaccoud avait beaucoup contribué, tant par son enseignement que par ses ouvrages écrits. Le nouveau livre qu'il vient de publier, consacré exclusivement à cette question de la cura-

bilité et du traitement de la phthisie pulmonaire, est une nouvelle affirmation plus complète et plus décisive encore de cette vérité qui intéresse à un si haut point tous les praticiens et qui doit être leur préoccupation constante. Aussi chacun doit-il lire et étudier ce volume qui, par les vues toutes personnelles qu'il renferme, par la multiplicité des détails, constitue le guide le plus précieux qu'on puisse consulter pour le traitement de cette maladie si répandue. Nous n'avons pas l'intention de l'analyser ici, ce qui serait impossible en quelques pages ; nous voulons parler seulement de quelques points de pratique spéciale, auxquels l'expérience particulière de l'auteur donne surtout de l'intérêt. Il s'agit ici seulement de médicaments vulgaires, mais auxquels leur mode d'emploi donne un intérêt nouveau.

L'usage de l'huile de foie de morue, par exemple, donne lieu à des considérations intéressantes. M. Jaccoud proteste énergiquement dans ce cas contre l'insuffisance des doses habituellement employées. L'obligation des hautes doses, voilà la véritable difficulté du traitement, car on est par cela même contraint de donner le médicament en nature et de laisser complètement de côté certaines formules pharmaceutiques, la forme capsulaire, par exemple, qui ne permettent jamais, sous peine d'indigestion immédiate, d'administrer le remède en quantité suffisante. Mais c'est seulement le début qui est scabreux, et, quand on a réussi par exemple à faire accepter deux cuillerées à bouche par jour, on n'a guère plus de peine à arriver au double, puis à six cuillerées, qui est le minimum de la dose que M. Jaccoud considère comme vraiment utile. Même dans le milieu défectueux de l'hôpital, il a réussi à faire prendre, pendant des mois, des quantités beaucoup plus considérables ; à plus forte raison ce résultat est-il possible chez les malades vivant à la campagne, dans les conditions les plus favorables à la digestion et à l'assimilation. M. Jaccoud procède toujours graduellement, débutant avec une cuillerée par jour ; au bout de quelque temps, une semaine en moyenne, il ajoute une seconde cuillerée ; après un nouvel intervalle, il augmente encore la dose de manière à arriver plus ou moins rapidement à quatre cuillerées qu'il fait prendre deux par deux, dans un petit verre, de manière que le malade n'ait pas l'ennui de cette ingestion plus de deux fois par jour. C'est là l'étape vraiment difficile ; l'observation m'a prouvé, dit M. Jaccoud, que la dose de quatre cuillerées, une fois acceptée et maintenue, on n'a presque jamais aucune peine pour l'accroître encore et pour arriver à 100 grammes, ce qui représente en moyenne huit cuillerées à bouche. Certains

malades arrivent à prendre, par une tolérance exceptionnelle, jusqu'à 2 ou 300 grammes d'huile par jour.

Le moment de l'administration varie presque avec chaque individu et peut être subordonné à celui que le malade reconnaît lui convenir le mieux. Divers moyens peuvent être utilisés pour assurer la tolérance de l'huile. Un des meilleurs consiste dans l'adjonction d'un alcool dans la proportion d'un tiers ou d'un quart, ou de strychnine dans la proportion d'un milligramme à chaque dose d'huile, ou enfin d'une petite quantité d'éther. Ces détails ont été d'autant plus importants, que l'huile de foie de morue répond à une indication que M. Jaccoud considère constamment comme présente dans la totalité des cas. La fièvre seule, en raison de l'altération qu'elle cause dans la sécrétion gastrique, en est une contre-indication, et on peut la remplacer alors par de la glycérine qui doit à son caractère d'alcool d'être bien digérée dans l'état de fièvre, Quant à la saison chaude, elle ne serait un obstacle à l'administration de l'huile qu'autant qu'il serait démontré que le malade ne pourrait la digérer alors que difficilement. En résumé, M. Jaccoud donne l'huile aussi longtemps qu'il le faut; lorsque pour une cause quelconque l'intolérance se manifeste, il donne la glycérine, mais fait prendre invariablement l'un ou l'autre de ces médicaments.

La glycérine, bien qu'inférieure à l'huile sous certains rapports, en constitue cependant un bon succédané. Elle doit, pour l'usage interne, être parfaitement pure, tout à fait neutre aux réactifs : la dose moyenne est de 40 à 60 grammes par jour, laquelle ne doit être dépassée que pour des personnes ne présentant aucun signe d'excitabilité cérébro-cardiaque ; de l'insomnie, une loquacité insolite et surtout l'élévation de la température, indiquent que la dose nécessaire a été dépassée. On doit ajouter à la dose quotidienne une goutte d'essence de menthe et 10 grammes de cognac ou de rhum ; ce mélange est agréable au goût et facilement digéré.

L'arsenic est encore un des moyens que M. Jaccoud associe habituellement à ceux qui viennent d'être indiqués ; nous ne le citons ici que pour mentionner un signe important et peu connu d'intolérance du médicament, c'est un sentiment de lassitude exagéré après la marche, lequel est bientôt suivi, si la médication continue, d'une faiblesse véritable dans les membres inférieurs. Ce symptôme est bien souvent le premier en date parmi ceux qui révèlent la saturation arsenicale.

Ces différents moyens s'appliquent plus particulièrement à l'état général. Parmi ceux qui concernent les indications locales et sont préconisés par M. Jaccoud, nous citerons la

créosote qui, plus rapidement et plus sûrement que tout autre, diminue l'expectoration, restreint, en desséchant les bronches, l'étendue des lésions catarrhales et par là réduit dans une notable proportion le champ des altérations pulmonaires.

L'administration de ce médicament comporte malheureusement certaines difficultés : aussi doit-on commencer par de très petites doses, 20 centigrammes par jour, et arriver par un accroissement progressif de 5 centigrammes toutes les semaines ou tous les dix jours, à 30, quelquefois à 40 centigrammes, mais jamais plus. Il faut renoncer à l'emploi de la créosote sous forme capsulaire, aussi bien que du vin créosoté qui a un goût détestable ; le mieux est de faire ajouter la créosote à la dose quotidienne d'huile ou de glycérine que prend le malade, en y adjoignant toujours une goutte d'essence de menthe.

Les indications fournies par la fièvre sont assez variables. Dès les premières périodes, c'est toujours à la quinine et en particulier au bromhydrate de quinine que M. Jaccoud a recours ; mais dans la fièvre de résorption, c'est-à-dire la fièvre qui est liée à la présence de cavernes et qui est causée par la résorption des produits putrides qu'elles renferment, c'est un agent anti-septique, l'acide salicylique qu'il préconise. Dans le but de faire tolérer le médicament pendant assez longtemps et à une dose vraiment active, M. Jaccoud a adopté une méthode et des procédés nouveaux qui lui sont entièrement personnels. Chez les personnes qui ont pris la fièvre de résorption à une période relativement peu avancée, dont la constitution primitivement forte n'est pas encore minée par la maladie, et dont les fonctions digestives sont en parfait état, M. Jaccoud donne, le premier jour, 2 grammes d'acide salicylique, le deuxième jour et le troisième jour, 1½ gramme ou 1 gramme, suivant les cas ; si, après ces trois jours, la fièvre n'a pas cédé, il revient à 2 grammes, recommençant ainsi la série, soit sans interruption, soit après un intervalle de repos. Chez les malades qui ne sont pas dans des conditions aussi satisfaisantes, il administre seulement 1½ gramme le premier jour, la même dose ou seulement 1 gramme le second, et 1 gramme les jours suivants, restant à cette dose en l'augmentant après un intervalle de trois jours, suivant l'effet produit ; en tous cas, il maintient le médicament à la dose tolérée jusqu'à la chute de la fièvre ou du moins jusqu'à ce qu'il n'observe plus d'abaissement thermique d'un jour à l'autre ; la résistance de la fièvre tient alors à la complexité de son origine, et la persistance aveugle du traitement n'aboutirait qu'à la révolte de l'estomac ou à des accidents cérébro-cardiaques d'une réelle gravité. Dès que cette première phase de la médication a

produit la plénitude de ses effets, elle est suspendue pour être reprise au premier indice du retour de la fièvre, en ayant le soin de laisser un repos de trois jours au malade. Avec des précautions et des soins attentifs, on arrive ainsi à diminuer considérablement les inconvénients de cette fièvre de résorption.

M. Jaccoud donne l'acide salicylique en nature, par cachets de 50 centigrammes, espacés de manière que la dose totale soit prise dans l'intervalle d'une heure, s'il s'agit de 2 ou 3 grammes, d'une demi-heure, si la dose est moindre. L'administration doit être achevée quatre heures avant le moment de l'exacerbation. Avec chaque cachet on fait prendre un grand verre d'eau aiguisée de deux ou trois cuillerées de café de cognac, et cela dans un double but : pour atténuer l'action topique de l'acide sur la muqueuse de l'estomac et pour maintenir la diurèse que cet agent restreint dans des proportions notables. Ce moyen est le seul qui permette de donner de fortes doses, dans un court espace de temps. Lorsque pour quelque raison on est obligé d'en venir à l'administration en plusieurs heures, si le malade le préfère, on peut user de la forme liquide ; la formule suivante est alors celle que M. Jaccoud préfère :

Acide salicylique.....	ʒ ss
Rhum ou cognac.....	℥ jss
Vin cordial.....	℥ iv ss

La saveur est agréable, l'âcreté de l'acide est dissimulée autant que possible par le goût du rhum ou du vin, et si on a la précaution, toujours indispensable, de faire prendre un grand verre d'eau pure après chaque dose de la potion, ce procédé peut être suivi sans provoquer l'intolérance. Les proportions et les éléments indiqués dans cette formule sont indispensables si on veut que la potion conserve sa limpidité.

Lorsque l'intolérance gastrique est absolue, on peut alors avoir recours au salicylate de soude à la dose de 4 à 6 grammes le premier jour et par doses décroissantes les jours suivants, ou sous forme d'injections sous-cutanées en suivant les précautions minutieusement décrites par M. Jaccoud, qui les a appliquées avec avantage un grand nombre de fois.

M. Jaccoud a étudié aussi avec beaucoup de soin la méthode des inhalations de benzoate de soude, tant vantée dans ces derniers temps par quelques médecins ; ses conclusions ne sont malheureusement pas favorables à cette méthode sur laquelle ses auteurs avaient fondé de si belles espérances.

Nous répéterons en terminant que nous n'avons pas cherché à analyser le livre de M. Jaccoud, mais à indiquer seulement quelques faits nouveaux qui peuvent être utilisés dans la thérapeutique journalière de la phthisie; ces chapitres constituent d'ailleurs, et de beaucoup, le côté le moins important de ce livre; la prophylaxie de la tuberculose, le traitement thermal et surtout le traitement climatérique en sont l'élément principal. Le traitement climatérique surtout est présenté sous un jour tout à fait original et absolument personnel, puisque l'auteur a vu et étudié par lui même toutes les localités dont il parle; ajoutons que la conclusion de cette étude est de nature à modifier profondément les idées généralement admises sur le traitement climatérique de la phthisie, car elles sont tout à fait en faveur de l'influence favorable des éléments d'altitude dont ceux de Davos de Saint-Moritz et de la Haute-Engadine constituent en quelque sorte le type.

—

Injections hypodermiques de morphine, *moyens de les rendre inoffensives.*—M. le Dr Trélat a communiqué à la Société de chirurgie de Paris, l'observation d'un ataxique qui, pour calmer ses douleurs fulgurantes, faisait journellement des injections de morphine et qui, après l'une d'elles, fut atteint d'un phlegmon diffus des plus graves.

Ce malade, en se servant d'une solution pleine d'impuretés, s'était inoculé le microbe du phlegmon diffus et avait produit ainsi un phlegmon diffus quasi expérimental.

M. Adolphe Dumas dit avoir été témoin d'un fait analogue qui, sans avoir eu autant de gravité que le précédent, ne laissa pas de l'inquiéter un peu. C'était aussi, dit-il, chez un malade qui, depuis deux années, est soumis à de faibles injections de morphine journalières, mais dont l'état général est probablement meilleur que celui de l'ataxique du professeur Trélat.

A la suite d'une injection faite avec une solution trouble, un fond de bouteille, un érésipèle phlegmoneux se déclara autour du point de la piqûre. Il se forma un noyau induré qui s'étendit rapidement et devint le centre d'une tuméfaction avec douleur vive et empâtement de la peau qui envahit près du quart de la surface des parois abdominales en deux ou trois jours. Je pratiquai de bonne heure des incisions, dont deux larges et l'une sur l'induration centrale. Elles donnèrent, celle-ci surtout, un liquide sanieux et séro-purulent, et mêlé à quelques fines bulles gazeuses, et prirent bientôt un aspect sale grisâtre. Le tissu cellulaire sous-cutané fut sphacélé et

se détacha par lambeaux. Un ensemble de symptômes généraux assez intenses accompagna ce phlegmon, qui se limita après les incisions et contre lequel j'employai un pansement antiseptique. Le malade guérit, et assez vite, du reste.

A la suite d'injections hypodermiques diverses, j'ai observé chez quelques malades de petits abcès phlegmoneux ; mais c'est la première fois que j'ai vu un pareil phlegmon avec mortification aussi étendue du tissu cellulaire sous-cutané et présentant ce caractère de diffusion.

Ce fait, qui remonte à près d'un an, me donna à réfléchir. Je ne doutai pas un instant qu'il ne fut dû à l'impureté de la solution employée, et j'engageai la malade à faire bien surveiller désormais les solutions de morphine qu'on lui injectait.

Quoi que l'on fasse et quel que soit le véhicule, en peu de temps elles sont envahies par des productions cryptogamiques quand le flacon débouché plusieurs fois a été exposé au contact de l'air. Le mélange d'une certaine quantité de glycérine les conserve plus longtemps, mais les rend trop douloureuses. L'eau de laurier-cerise, préférable sous ce rapport à l'eau distillée, reste elle-même impuissante. Au bout de quelques jours, quand le flacon est en vidange, on voit des conferves nager dans le liquide et tapisser les parois, dont une simple lotion ne les détache pas toujours. Injectées sous la peau avec la solution de morphine, elles contribuent à la formation de ces petites nodosités sous-cutanées si fréquentes chez les morphiniques, et dont la résolution est si variable. Il en est qui persistent pendant des années, simulant de petits ganglions ou de petits kystes indolores. D'autres deviennent le siége d'un travail inflammatoire et donnent lieu à de petits abcès. Cette suppuration survient ordinairement peu de jours après l'injection, mais elle peut aussi être tardive et se produire après plusieurs mois. C'est alors une cause accidentelle, une pression, une irritation quelconque de la tumeur qui y donnent lieu.

On les évitera si l'on pratique de petites injections, et surtout si l'on a soin de faire dépasser à l'aiguille la couche du tissu cellulaire, car c'est la distension d'une alvéole celluleuse par le liquide qui produit ces tumeurs. Et, lorsqu'on les voit apparaître au moment de l'injection, il suffit, pour les détruire de comprimer avec les doigts le kyste adventice et de répandre ainsi le liquide dans les mailles du tissu cellulaire. Ce n'est qu'un peu douloureux.

Depuis l'accident du phlegmon diffus de cette malade, j'ai prescrit diverses précautions qui, je le crois, en empêcheront le retour. L'eau de laurier-cerise sert toujours de véhicule à

la morphine, mais je la fais filtrer chaque fois. Elle mérite la préférence sur tout autre ; elle contribue à rendre moins vive la douleur qui suit l'injection. Mais il est important qu'elle soit chimiquement pure. J'en ai rencontré qui ne l'étaient pas, sans pouvoir me rendre bien compte de la nature de leur adultération. Celles-là produisaient, au contraire, des douleurs extrêmement vives, et j'ai dû plusieurs fois les mettre de côté. Je m'en suis plaint aux pharmaciens, qui n'ont trop su à quoi l'attribuer.

Quand on fait un usage journalier de ces solutions, il est bon de les renouveler souvent et de changer de flacon ou de le laver chaque fois avec de l'eau additionnée de glycérine, qui dissout mieux les conferves dont les parois sont tapissées.

Mais ces précautions ne sauraient suffire, et le meilleur moyen de se mettre à l'abri de tout accident c'est, à mon avis, avant de faire une injection sous-cutanée, de porter jusqu'à l'ébullition le liquide à injecter. Il suffit pour cela de présenter un instant la cuiller renfermant la solution à une bougie, ou mieux à la flamme d'une lampe à alcool ou à gaz. On détruit ainsi la vitalité des conferves et de tout autre proto organisme contenu dans le liquide. On laisse ensuite toutes ces impuretés se précipiter au fond de la cuiller, et l'on aspire alors avec la seringue une solution limpide. Par ces ébullitions répétées, celle-ci se trouve un peu plus active ; rien de plus facile que d'en tenir compte.

Depuis près d'un an, je n'ai pas fait une injection sans prendre cette précaution, et je n'ai plus vu se reproduire les accidents légers ou non que j'avais observés quelquefois.

On peut faire ainsi pour toute solution, qu'elle soit préparée à l'avance par le pharmacien ou que le médecin la prépare au moment même.

En bonne règle, tout liquide qui va servir à une injection sous-cutanée devrait être au préalable soumis à l'ébullition, afin de détruire tout microbe qui pourrait s'y trouver.—*Le Scalpel.*

PATHOLOGIE ET CLINIQUE CHIRURGICALES.

De la nature des abcès froids et de leur traitement.—I.—*Nature des abcès froids.*

Il est peu de points de la science chirurgicale sur lesquels on ait autant écrit. De tous temps, cette affection, si fréquente, et si souvent difficile à guérir, a mis à l'épreuve le

talent et la patience des hommes de l'art, et on ferait des volumes si l'on voulait passer en revue tout ce qu'a tenté la thérapeutique de tous les âges. Les plus anciens observateurs avaient été frappé de l'évolution et des caractères de ces collections purulentes si différentes des abcès chauds. Les études histologiques, en honneur de nos jours, sont, croyons-nous, arrivées à en définir la nature et la marche, et grâce aux notions qu'elles nous ont données, on peut retourner le vieil adage : " *Naturam morhorum ostendunt curationes.....*" et dire qu'ici : " *c'est la nature même du mal qui nous montre la* " *marche à suivre pour le traitement.*"

Nous savons tous qu'on appelle *abcès froid* une collection purulante développée dans le tissu cellulaire et contenue dans une cavité que tapisse une membrane rougeâtre, veloutée, parfois semblable aux muqueuses et reposant sur une couche de tissu induré auquel elle adhère fortement Nous avons omis, à dessein, de dire que cette collection est indépendante d'une lésion osseuse ou articulaire ; car, au point de vue de la nature et des indications, nous réunissons aux *abcès froids* les abcès dits *ossifluents sessiles* et *par congestion.*

Tout l'intérêt de l'histoire de ces affections se concentre autour de l'étude de leur paroi, la fameuse membrane *pyogénique* des auteurs. Nos lecteurs nous permettront de leur redire un intéressant passage de C. Celse où il en est déjà fait mention: "Interdûm enim fit, sed raro, ut quidquid abcedit, " velamento suo includatur: id antiqui tunicam nominabant : " Meges, quia tunica omnis nervosa est, dicit non nasci sub " eo vitio nervum quo caro consumeretur, sed subjecto jam " vetustiore puro, callum circumdari. Quod ad curationis " rationem nullo modo pertinet ; qui a quidquid dixi, si tunica " est, idem si callus est fieri debet. Neque ulla res prohibet, " etiam si callus est tamen quia cingit tunicam nominari, tum, " pure quoque maturiore haec interdum esse consuevit ; ideo- " que quod sub eâ est extrahi per cucurbitulam non potest." On voit que ce Mégès, dont parle Celse, avait non seulement reconnu l'existence de la tunique fibreuse des abcès froids, mais encore que, cherchant à l'interprêter, il admettait que la formation de cette enveloppe était due, non au mal primitif, mais à la présence du pus.

On se contenta, jusqu'à la fin du siècle dernier, des doctrines de l'école hippocratique. Puis les chirurgiens attirèrent de nouveau l'attention sur la paroi de l'abcès froid. Les uns admirent alors la préformation du pus et voulurent, avec Hunter et Chaussier, que la membrane fût un produit de sécrétion des vaisseaux de la partie malade ; ou, comme l'ad-

mettait Boyer, une condensation du tissu cellulaire voisin. Les autres tenaient pour la préexistence de la membrane : " Partout, disait Delpech, de Montpellier, où il y a du pus, " partout on trouve une pseudo-membrane qui le secrète."

Tous étaient plus ou moins dans l'erreur, parce qu'ils n'avaient pas pris l'étude de l'évolution d'un abcès froid dès son début. Boyer dit, le premier, que l'abcès froid résultait de la fonte purulente d'une tumeur dans laquelle les symptômes inflammatoires ont été peu marqués. Voilà comme on le verra bientôt, un premier pas très important. En même temps, Dupuytren, étudiant la tunique de revêtement de l'abcès, professait que cet organe nouveau, qui prend rang dans l'économie vivante, est une membrane qui secrète, absorbe et est parfois sensible.

Il était dès lors acquis à la science qu'un abcès froid débutait par une *tumeur*, un engorgement plus ou moins circonscrit, à base dure, indolente et sans chaleur ; que cette tumeur se ramollissait, et qu'à son ouverture on trouvait une paroi membraneuse ; celle-ci, grisâtre d'abord, devenait bientôt rouge, épaisse, fongueuse, semblable à une membra muqueuse. On remarqua aussi que le développement de ces abcès était lent ; qu'ils progressaient sans jamais se compliquer de fusées purulentes comme les abcès chauds, mais en refoulant lentement les tissus voisins.

Quelle était la nature de cette tumeur du début ; quelle était la constitution intime de cette paroi qui paraissait protéger les organes contre l'action du pus ; comment se faisait l'accroissement de la poche ? Tels étaient les problèmes qui restaient pendants, et que les études de ces dernières années sur la tuberculose devaient aider à résoudre. Notre époque répond à une nouvelle période dans l'étude de ces affections si curieuses.

Les travaux de M. le docteur Grancher et surtout le très intéressant mémoire de M. Lannelongue sont les sources où l'on peut étudier tout au long cette intéressante histoire.

Les tumeurs qui produisent des *abcès froids* peuvent naître dans le tissu cellulaire sous-cutané, ou dans les espaces intermusculaires. Il n'est pas rare de constater sur des enfants scrofuleux, aux bras, aux jambes, au cou, des petites tumeurs sous-cutanées, dures, presqu'indolentes, entourées d'une zone plus ou moins étendue de tissu cellulaire empâté. Voilà le plus petit modèle de l'abcès froid au début ; c'est aussi ce qu'on a nommé la *gomme tuberculeuse*.

Si l'on examine au microscope des coupes de l'un de ces petits abcès, extirpé comme une tumeur, on le trouve formé d'un

amas de cellules embryonnaires dans lequel se rencontrent une ou plusieurs nodosités où les cellules sont plus tassées, et qui contiennent, dans leur centre, une de ces cellules géantes que l'on a désignées comme caractéristiques du tubercule ; en somme ce sont des *follicules tuberculeux.*

Ces petites tumeurs ne sont pas fatalement destinées à suppurer, elles peuvent guérir par transformation fibreuse, et c'est là un des modes des terminaison que l'on doit chercher à obtenir par le traitement. Mais, au contraire, le centre de la petite tumeur s'est ramolli et nous avons un petit abcès froid avec sa poche et son contenu : dans la paroi nous retrouvons encore la même structure anatomique, des cellules embryonnaires ; le détritus central est formé d'éléments déchus et de cellules géantes granuleuses.

Dans les espaces intermusculaires, là où le tissu cellulaire est plus abondant, des éléments embryonnaires semés de follicules tuberculeux s'accumulent en plus grandes masses, et donnent naissance à des tumeurs qui se guérissent ou se ramollissent pour former des abcès froids profonds ; ceux-là ont une tendance à progresser et peuvent nous montrer le mécanisme de cette croissance.

Plaçons ici un petit fait clinique intéressant : le développement de l'abcès froid est-il absolument athermique comme on l'a toujours cru ? Non, il résulte des recherches de thermométrie locale appliquée aux régions homologues du corps, que le siége de l'abcès présente toujours une augmentation de température de un-demi degré à un degré de plus que le côté sain.

Revenons à l'étude anatomique ; la coupe de la paroi d'un abcès froid présente les particularités suivantes :

D'abord une zone interne *du côte de la cavité*, formée d'éléments embryonnaires en dégénérescence granuleuse. Puis, à mesure qu'on se rapproche de la zone externe, ces éléments se rencontrent plus reconnaissables et plus jeunes. Mais là est le point le plus curieux : dans le tissu cellulaire ou musculaire voisin jusqu'à une distance plus ou moins grande. on rencontre des follicules tuberculeux, de petits amas cellulaires qui grossissent peu à peu ; le long des vaisseaux surtout se trouvent des fusées de cellules embryonnaires, les fusées de l'abcès froid. On y voit même des foyers tuberculeux déjà ramollis qui se rapprochent de la paroi, tandis que d'autres, plus avancés, se sont ouverts et versent, comme des glandes, leur contenu dans l'abcès. Si on dissèque avec soin la surface externe, on peut reconnaître, même à l'œil nu, des bourgeons coniques d'un blanc grisâtre comme la paroi et qui s'enfoncent dans le tissu voisin. Voilà toute l'histoire de l'accroissement, on

comprend combien le rôle de la déclivité, des pressions, des résistances des tissus devient secondaire ; on voit que la paroi, une fois l'abcès formé, devient la partie active de la lésion ; c'est elle qui s'avance, envahissant les tissus cellulaire, musculaire, osseux, même *à la façon des tumeurs malignes*. L'extension se fait progressivement, ou par poussées, mais elle est toujours la même.

Rattachons à cette étude la formation des *abcès ossifluents*. Soit une ostéite superficielle, la moelle proliférant dans les canaux de Havers corrode le tissu osseux, puis des bourgeons se montrent à la surface de l'os. Alors, dans l'empâtement qui se produit aux dépens du périoste et du tissu cellulaire, on peut encore reconnaître et cellules embryonnaires et follicules tuberculeux ; s'ils se ramollissent, l'abcès est formé.

L'identité des lésions initiales et de l'accroissement consécutif justifient notre plan et nous amènent à poser les mêmes bases du traitement pour tous ces abcès froids. La grandeur des poches purulentes, la longueur de leurs trajets ne donneront lieu qu'à quelques variétés dans les procédés thérapeutiques.

§ 2.—*Traitement des abcès froids.*

Voilà, sans contredit, une des parties les plus difficiles et peut-être les plus ingrates de la pratique chirurgicale ; ces lésions, que tous les médecins sont appelés journellement à soigner, sont des plus difficiles à guérir.

En effet, le malade porteur d'abcès froids n'a pas seulement à souffrir d'un état local ; cet abcès n'est que la manifestation d'un état diathésique ancien ou récent : aussi croyons-nous très important, dans ces cas, d'insister sur le traitement général. Le médecin qui entreprend la cure d'un abcès froid, simple ou ossifluent, ne doit pas s'attaquer seulement à la lésion locale, qu'il soit bien persuadé que le moyen le plus sûr, pour le traiter avec succès, est de modifier avant tout l'état général, la constitution de son malade.

Mais ici que de difficultés ! les prescriptions devront varier suivant les conditions sociales du malade. S'il est fortuné, la vie à la campagne, le séjour au bord de la mer ou il pourra prendre des bains chargés de principes iodiques, seront conseillés. Les stations du Mont-Dore, la Bourboule, les eaux sulfureuses pourront également procurer beaucoup d'avantages.

Souvent vous aurez à donner vos soins à des malades qui tournent dans le cercle vicieux de la misère à la maladie ; à ceux-là vous conseillerez l'hydrothérapie bien pratiquée, les

bains salés dont nous avons vu de bons résultats chez les petits habitués des consultations de nos hôpitaux d'enfants. Vous recommanderez en même temps une nourriture tonique, lait, œufs, viandes rouges, légumes frais. L'huile de foie de morue en hiver, le vin iodé (1 gramme de teinture d'iode pour un litre de Bordeaux), ou le sirop d'iodure de fer, en été; telles seront les bases de la médication modificatrice qui vous permettra d'entreprendre avec succès la cure des abcès froids.

Presque tous les moyens locaux de traitement ont du bon et peuvent, suivant les cas avoir quelque utilité. Disons, toutefois, que les procédés antiseptiques modernes ont doté la chirurgie d'un ensemble de méthodes appelées à donner de brillants succès.

Toutes peuvent être rangées sous deux chapitres ; celles qui ont pour but de faire résorber le pus, et celles qui, au contraire, se proposent de l'évacuer.

Nous nous garderons de faire un récit fastidieux de tous ces procédés, indiquant seulement ceux qui sont appelés à rendre couramment de signalés services.

Diminuer la production du pus et amener sa résorption serait le beau idéal. Abernethy en 1798 recommanda d'essayer la résorption des abcès par congestion; et nombre de chirurgiens, après le praticien anglais, ont, dans ce but, institué une méthode révulsive qui a souvent donné de bons effets. Parmi les résolutifs divers qui ont été en honneur, nous avons vu obtenir de bons résultats du traitement favori de Guersant et Giraldès, l'application de vésicatoires volants pansés avec l'onguent napolitain et patiemment répétées, trois, quatre, cinq fois; nous avons vu faire disparaître ainsi des abcès froids à l'état de tumeurs dures ou déjà ramollies.

Des applications de teinture d'iode (Bouvier) faites tous les jours jusqu'à exfoliation de l'épiderme sont aussi un bon moyen.

Les douches percutantes, minérales ou de simple eau froide, amènent parfois une résolution très rapide.

Pour les abcès froids simples ou les ossifluents sessiles, nous avons, en 1875, observé dans le service de M. le Dr Léon Labbé les très bons effets d'une méthode mixte qui, tout en diminuant la quantité du pus, modifie puissamment la paroi et amène une réparation rapide. On appliquait sur le tiers de la surface de la tumeur une couche épaisse de pâte de Vienne qui produisait une eschare profonde; dix à douze jours après l'application, elle commençait à se détacher, tandis qu'un léger écoulement de pus se faisait le long de ses bords; puis au moment où elle tombait la cavité de l'abcès, à peu près com-

blée, présentait une surface rose et bourgeonnante. Nous avons vu guérir ainsi un abcès ossifluent sessile de la crête illaque, du volume du poing.

On ne saurait trop insister sur un principe des plus importants surtout dans le traitement des abcès ossifluents. Il faut que le malade soit condamné à un *repos absolu;* journellement on voit des abcès migrateurs venus de la colonne vertébrale, des abcès de la cuisse symptomatiques d'une coxalgie, diminuer de volume rien que sous l'influence d'une rigoureuse immobilité.

Parlons maintenant des procédés tendant à l'évacuation du pus. L'affection qui nous occupe était autrefois un des *Noli me tangere* de la chirurgie, tant on craignait les complications de l'ouvorture. Cependant quand on a suivi l'évolution d'un abcès froid et que tous les moyens sus-énoncés ont été inutiles, quand après une certaine période de résorption ce travail s'arrête, une première question se pose a l'esprit du médecin : Faut-il ouvrir, et quand doit-on ouvrir ? Et d'abord il ne *faut jamais attendre* l'ouverture spontanée ; le pus s'accumule en quantité considérable, la peau distendue finit par s'ulcérer et le tout s'accompagne d'un travail inflammatoire des plus dangereux. Boyer est le premier qui l'ait nettement établi, et tous admettent aujourd'hui que les abcès doivent être hâtivement attaqués, les obcès froids superficiels, dès que la fluctuation apparaît, les ossifients migrateurs dès qu'ils font une saillie appréciable à l'extérieur.

Là encore, nombreuses sont les méthodes ; les unes se bornent simplement à *l'évacuation du pus,* les autres *modifient la poche* après l'évacuation au moyen de différonts liquides, enfin on a proposé de les attaquer directement et de les enlever comme des tumeurs.

Rappelons comme historique l'ouverture capillaire au moyen d'un stylet rougi au feu, suivie d'aspiration avec une ventouse : procédé de M. A. Petit, renouvelé de Celse, dans lequel on retrouve l'origine de la méthode aspiratrice essayée avec les appareils de Dieulafoy ou de Potain, mais qui n'a pas donné de brillants résultants.

" Il faut ouvrir les abcès pour qu'ils restent fermés," a écrit d'uue façon humoristique Abernethy, au moment où il proposa la méthode des ponctions obliques sous-cutanés. Boyer, Alliot de Montagny, J. Guérin, ont combiné avec le repos.

Les injections modificatrices au vin chaud (Dupuytren), à la teinture d'iode (Boinet) ont parfois heureusement agi en les combinant avec la méthode des petites ouvertures.

Mais pour qu'une méthode soit bonne, il faut qu'elle puisse

convenir à toutes les variétés d'une lésion, répondre à toutes les exigences d'un cas donné. Or souvent le contenu des abcès froids est formé de masses plus ou moins concrètes, de grumeaux albumineux ou purulents, de membranes détachées, tous corps qui ne peuvent être évacués par les petites ouvertures ou l'aspiration; et comme le disait Celse: "*Quæ non possant extrahi per, cucurbitulum.*" Aussi les meilleurs procédés sont ceux qui permettent de bien vider tout le contenu de l'abcès et d'agir en même temps sur la paroi. De cette nécessité naquit la méthode des grandes incisions inaugurée par Flaubert de Rhoen, adoptée ensuite par Lisfranc, par Bégin en 1830. Ils ouvraient largement la cavité, évacuaient le contenu et pansaient à plat avec la charpie. La violente inflammatian qui résultait souvent de cette pratique, issue cependant d'un bon principe, la fit bientôt abandonner, et Lisfranc lui-même la restreignit au traitement des petits abcès siégeant tout près d'une lésion osseuse.

On pourrait actuellement faire presque table rase de toutes les méthodes que nous venons de rappeler et dont nous avons voulu signaler les points défectueux. Le procédé antiseptique rigoureusement pratiqué compte maintenant des succès qui permettent de l'adopter sans réserve, toutefois sans négliger la thérapeutique générale.

Dans les *abcès froids tuberculeux* ordinaires il faut ouvrir dès qu'il y a fluctuation, bien nettoyer le foyer, modifier sa surface interne au moyen d'un topique tel que la solution de chlorure de zinc au 1/12, pratiquer le drainage et recouvrir le tout d'un pansement listérien; la réunion se fait d'ordinaire rapidement.

Quand on a affaire à un abcès déjà volumineux, on peut, d'après M. Lannelongue, faire la *décortication* de la paroi avec le doigt ou la spatule, comme si on enlevait un kyste; on la poussera avec soin dans les tajets et leurs anfractuosités. Une fois la tumeur enlevée, vu l'infiltration tuberculeuse des tissus voisins, on doit placer un drain et ne pas chercher la réunion immédiate.

Avez-vous à traiter un *abcès ossifluent sessile?* Le paroi est justifiable des mêmes moyens que ci-dessus; puis, une fois arrivé à la lésion osseuse, quelques ruginations, si elle est superficielle, un évidement ou une résection partielle si elle est plus profonde, doivent être immédiatement pratiqués.

La décortication n'est pas toujours facile à faire régulièrement; aussi Volkman a inventé une curette tranchante en forme de cuiller au moyen de laquelle on pratique le grattage des poches purulentes, en suivant exactement tous leurs

recoins, de façon à transformer en plaie saignante une ancienne surface de suppuration. Lister, qui a adopté ce procédé, et M. Lucas-Championnière le recommandent fortement. Ce dernier rapporte, dans son traité de la chirurgie antiseptique, le curage d'un gros abcès froid de la cuisse d'où on retira une poignée de fongosités; l'abcès guérit en quelques jours.

On n'est plus d'avis maintenant d'abandonner les *abcès ossifluents migrateurs* aux forces providentielles de la bienveillante nature; là il faut redoubler de précautions. D'après M. Lannelongue, il ne faut *jamais* les laisser grossir, on doit les ouvrir dès qu'ils paraissent dans une région chirurgicale accessible.

Les uns limités à un membre seront traités par l'ouverture, le grattage ou la décortication, même s'il communiquent avec une jointure.

Dans les grands abcès fémoro-abdominaux, dont le point de départ est souvent une lésion de la colonne vertébrale, M. Lucas-Championnière pratique une ouverture par laquelle il introduit un drain qu'il pousse le plus loin possible, et au moyen duquel on peut faire des injections modificatrices ou phéniquées. Il a vu ainsi diminuer progressivement des vastes poches purulentes qui se transformaient en un simple trajet fistuleux. C'est dans ces cas que les précautions antiseptiques doivent être religieuses; les abords de l'ouverture seront soigneusement garnis de coton phéniqué ou salycilé.

Pour nous résumer, disons en terminant qu'aujourd'hui, tout en faisant un traitement général bien entendu, on doit soumettre ses malades à l'immobilité, tenter les procédés de résorption et, s'ils échouent, attaquer franchement les abcès superficiels ou profonds, simples ou ossifluents, au moyen des procédés nouveaux : le grattage, la décortication, le drainage, aidés par le pansement antiseptique.—*Le Concours Médical.*

—

De la trachéotomie par le procédé rapide.—Conseillée de toute antiquité, la trachéotomie a reçu dans notre siècle une application des plus utiles, quand Bretonneau et son illustre élève Trousseau la vulgarisèrent dans le traitement du croup. Mais il était permis de chercher à perfectionner le procédé d'opératoire. De nombreux efforts ont été faits dans ce sens; aussi croyons-nous utile de présenter à nos lecteurs quelques réflexions sur une méthode qui diffère du procédé classique.

Tout praticien peut être appelé à faire cette opération d'ur-

gence : beaucoup sont effrayés par la complication des temps, le nombre des mouvements qu'elle paraît nécessiter. Nous leur présentons le procédé rapide comme d'une exécution plus facile, aussi sûre et aussi mathématique. Nous insisterons avec un soin minutieux sur certaines précautions, certaines manœuvres qui en rendent l'exécution plus parfaite : car nous sommes convaincu que si ce procédé a soulevé tant de controverses, s'il a souvent essuyé la critique mordante des scolastiques de la chirurgie, c'est qu'il était imparfaitement connu.

Frappés des pertes de sang souvent considérables qui s'observaient dans la méthode ordinaire, frappés aussi de la longueur de l'opération dans des cas pressants, où le moindre retard peut amener la mort ; les chirurgiens se sont depuis longtemps préoccupés des moyens d'abréger la trachéotomie.

Vicq-d'Azyr, dans un cas pressant, divisa d'emblée la peau et la trachée.

Plus récemment, Maisonneuve avait inventé un instrument, une sorte d'aiguille de Deschamps, tranchante, destinée à être introduite par ponction dans la trachée, au-dessous du cricoïde et à ressortir en divisant, de la profondeur vers la superficie, toutes les parties molles conprises entre la pointe et le talon de l instrument. C'était déjà un progrès, bien que la manœuvre de ce trachéotome fût un peu compliquée.

Chassaignac voulant immobiliser le larynx et la trachée, inventa son ténaculum conducteur que tout le monde connait, et dont on s'est peu servi.

Marc Sée et Benjamin Anger ont construit des trachéotomes dilatateurs, instruments qui peuvent aussi être rangés dans l'arsenal de la méthode rapide.

D'autres voulant ménager le sang de l'enfant ont eu recours au galvano-cautère, puis au thermo-cautère ; mais en présence des escharres parfois plus larges qu'une pièce de 5 fr., qui en étaient la suite, on a dû y renoncer, au moins pour la division des parties molles chez l'enfant.

Ce n'est qu'en 1873 que M. de Saint-Germain, chirurgien de l'hôpital des Enfants-Malades, régla la méthode dont nous nous occupons et la nomma : trachéotomie en un temps, ou mieux : trachéotomie avec fixation du larynx.

C'est son procédé que nous présentons aux praticiens comme le plus simple à exécuter et aussi le plus sûr pour l'enfant. L'enfant atteint de croup, subit, du fait de la maladie générale, la diphthérie, un affaiblissement rapide ; il importe donc d'éviter toute perte de sang considérable qui lui serait préjudiciable pour la convalescence. Souvent aussi, ces enfants affaiblis, à moitié asphyxiés, tombent en syncope dans les pre-

miers temps de l'opération de Trousseau ; c'est là un ennui, un retard que le procédé rapide permettra d'éviter. A côté de ces avantages nous en montrerons d'autres dans le courant de cette étude.

Quelques mots sur les indications immédiatcs de la trachéotomie, dans les cas de croup, ne nous paraissent pas inutiles. Le croup n'est, on le sait qu'un symptôme non constant de la diphthérie ; beaucoup d'enfants meurent de la diphthérie sans croup, nous ne nous en occuperons pas. Chez d'autres le croup existe, mais il est accompagné de phénomènes toxiques, bubons du cou, jettage, etc. ; là le cas est embarrassant : " La " prédominance des caractères de l'asphyxie dans l'ensemble " des symptômes présentés, nous dit Trousseau, est une condi- " tion de succès ; quand les phénomènes toxiques dominent, " l'opération ne doit point être tentée." Mais on trouve dans beaucoup de recueils des observatiens où l'on a obtenu des guérisons inespérées, même dans des cas toxiques. Aussi nous appuyant sur les conclusions d'une discussion de la société de Médecine des hôpitaux, en 1867, nous croyons qu'après avoir averti l'entourage de l'enfant, du peu d'espoir que l'on conserve, on doit opérer quand même.

Doit-on se condamner à l'inaction dans les cas de croup secondaire consécutif à la rougeole, la variole, la scarlatine, la fièvre typhoïde? Le grand clinicien de la Charité a encore trouvé là une contre-indication formelle. Néanmoins ils ont donné des succès ; aussi, là encore, croyons-nous, on doit opérer.

Restent les cas de croup net, franc, où les phénomènes croissants de gêne laryngée dominent toute la scène. Les cliniciens ont depuis longtemps décrit les deux périodes dans lesquelles on peut opérer l'enfant.

Dans la première, la gêne est peu marquée, le tirage presque nul ne s'augmente que par accès, l'enfant est rouge, vultueux, agité, son pouls est fréquent, la peau est chaude. Dans la seconde, les accès de dyspnée se rapprochent, ou, ce qui est plus fréquent, la dyspnée est progressive, l'enfant est pâle, les lèvres sont violacées, la peau se refroidit, on voit un tirage épigastrique et sus-sternal très énergique : en un mot les phénomènes d'anoxémie dominent le tableau, l'enfant s'affaibli de plus en plus.

Dans sa thèse publiée en 1858, M. Millard a nettement [illegible] les indications tirées de ces symptômes. Plus tôt l'opération est pratiquée, plus elle a de chances de succès. Le moment favorable est le début des phénomènes d'asphyxie, quand il n'y a encore qu'une cyanose à peine ébauchée. Les opérations

comme il le démontre dans une statistique importante, ont bien plus de succès que dans la période d'asphyxie imminente.

Pour nous résumer, nous croyons pouvoir adopter le principe émis par M. de Saint-Germain dans une leçon clinique du 6 janvier 1881 : " La seule indication formelle, c'est le tirage " persistant. Ni le jettage, ni les signes de bronchite pseudo- " membraneuse, ne sont des contre-indictions. Il n'est jamais " trop tard pour opérer, tant que l'enfant n'est pas positive- " ment mort; car une trachéotomie bien faite, ne pourra " jamais être mise au rang des causes de la mort."

Avant d'entrer dans la description de l'opération, quelques mots des instruments qui nous paraissent préférables.

Le meilleur bistouri est un bistouri droit, long de quatre centimètres, il a l'avantage de se tenir bien en main. Nous pensons que le bistouri gradué et cannelé de Dubar, le bistouri à arrêt, sont d'un luxe inutile.

Le dilatateur ordinaire est souvent trop court et pas assez coudé; le dilatateur à trois branches de Laborde est incommode, la branche inférieure gênant le jeu des deux autres; aussi nous préférons de beaucoup un dilatateur à deux branches longues de 5 centimètres, minces, et coudées à angle droit, construit par Collin sur les indications de M. de Saint-Germain.

Les canules taillées en biseau, modèle adopté par Barthez et Roger, sont, croyons-nous, préférables aux autres; elles n'exposent pas aux ulcérations de la trachée, elles sont plus faciles à faire pénétrer et peuvent facilement être introduites sur le doigt sans dilatateur.

Signalons un instrument nouveau, la canule avec mandrin conique de M. Péan; cet instrument certainement très commode n'est pas indispensable.

Un praticien qui est obligé de faire une trachéotomie et qui, pris au dépourvu, n'a ni dilatateur ni canules, se rappellera une invention de Maslieurat-Lagémard. Avec deux épingles à cheveux, (on en trouve partout), dont on recourbe à angle aigu l'extrémité coudée et aux tiges desquelles on fixe des cordons, après les avoir courbées en crochet, on peut faire un appareil provisoire qui maintient béante la plaie trachéale.

Une simple table résistante placée devant une fenêtre et un coussin formé d'une bûche ou d'une bouteille roulée dans un oreiller, lui-même serré avec une bande ou une corde, feront la meilleure installation. Si on opère la nuit il faut se servir d'éclairages multiples, et envoyant de la lumière en tous sens.

Nous sommes maintenant en présence du petit malade que

nous devons opérer. Avant de le coucher sur la table, il faut examiner et palper minutieusement le cou de l'enfant; cette exploration pratiquée, lorsqu'il est encore assis, ne l'effraiera pas et ne le fatiguera pas autant que s'il était couché. On doit alors reconnaître si le cou est maigre ou s'il est gras, apprécier si la couche de parties molles qui sépare la peau de la trachée est épaisse ou non; c'est là une condition importante qui indique quelle longueur de lame il faudra laisser pénétrer. D'après les recherches du docteur Dubar (mémoire de 1879) les variations d'épaisseur des couches prétrachéales n'iraient que de 8 à 11 millimètres, limites qui nous paraissent peu étendues: nous avons opéré des enfants de 3 à 4 ans qui avaient bien près de 2 centimètres de parties molles à traverser; c'est rare, nous l'admettons, mais cela se rencontre.

On constatera aussi la présence, le volume, et la direction des veines superficielles. On recherchera ensuite, en allant de haut en bas, l'os hyoïde, et l'angle du cartilage thyroïde: une ligne partant de ce point pour tomber sur le milieu de la fourchette du sternum, marquera exactement la ligne médiane du cou. Un opérateur peu habitué fera bien de la tracer à l'encre.

Au-dessous de l'angle thyroïdien, le doigt en descendant, tombera dans un sillon, le sillon, crico-thyroïdien limité au-dessous par le tubercule du cricoïde, saillie un peu trompeuse et presque nulle chez les jeunes enfants.

On marque le sillon, car c'est là le point de départ de l'incision. Ainsi placée la crico-trachéotomie se pratique dans la région la moins vasculaire du cou, avantage que n'ont pas les procédés de Trousseau ou de Bourdillat. Elle se fait de plus au point saillant du conduit laryngo-trachéal; on voit que ce n'est pas, comme on l'a dit, une opération faite à l'aveuglette, les points de repère sont certains et précis.

Il faut maintenant opérer. Vous couchez le petit patient en faisant porter sur le coussin préparé, non pas le cou, comme beaucoup d'opérateurs le font encore, mais les épaules. A ce moment placez vos aides. " Ne prenez jamais, dit M. de " Saint-Germain, dans ses leçons, les parents de l'enfant; si " nous n'avez point de confréres sous la main, trouvez des " gens courageux ne craignant paint la vue du sang: un bou- " cher du voisinage est souvent le meilleur aide." Vous confiez la tête à cet aide de choix, il la fixera solidement, *mais sans la renverser*, de façon que le cou soit étendu et souple, mais non courbé en arrière. Cette position défectueuse a été plusieurs fois devant nous cause de syncope chez des enfants presque asphyxiés. Deux autres aides se chargeront: l'un des épaules, l'autre des pieds.

Le champ opératoire est sous vos yeux, à votre main gauche vous allez confier l'importante et difficile fonction de la fixation du larynx. Pour la bien faire, voici ce que conseille l'inventeur de la méthode : " Vous placez les doigts qui doivent énucléer le larynx à un centimètre en dehors des faces latérales du thyroide. Vous rapprochez alors ces doigts de manière que la peau vienne faire, de chaque côté du larynx un repli assez prononcé. Vous pouvez alors enfoncer les doigts dont la pulpe ne rencontre plus de résistance et peut s'appliquer facilement sur les bords postérieurs du cartilage thyroide."

Dans sa thèse (Paris 1877) le Dr Boissier pense que cette manœuvre peut amener une asphyxie immédiate. Oui, si elle est mal faite et si on comprime latéralement le cartilage thyroide sans faire à la peau le pli qui permet de saisir ses bords postérieurs. Oui encore, si le cou est trop renversé en arrière, ce qui rend l'énucléation difficile; oui enfin, croyons-nous, si les doigts qui fixent la larynx ne prennent point un point d'appui sur la colonne vertébrale.

Le larynx est fixé, et on a reconnu où est placé le sillon crico-thyroïdien, d'ailleurs on le voit encore mieux marqué par une *dépression transversale*, que la peau ne manque pas de faire à son niveau. C'est dans ce sillon que l'on va plonger le le bistouri.

Saisissant alors l'instrument, l'opérateur le prend comme une plume à écrire, et marque le médius placé en vedette sur le côté droit de la lame, une longueur moyenne de un centimètre un quart; il plonge alors le bistouri verticalement, suivant la ligne médiane dans le sillon crico-thyroïdien et l'enfonce jusqu'à ce qu'il ait sûrement pénétré dans le conduit respiratoire. Il ne suffit pas toujours, en effet, comme il nous est arrivé quelquefois, et comme nous l'avons vu faire, d'avoir enfoncé un centimètre un quart de lame; dans les cous épais c'est insuffisant, aussi le seul critérium est la sensation de résistance vaincue et un sifflement spécial qui ne manque presque jamais. On comprend d'après cela, pourquoi nous conseillons de faire la ponction verticale avec précaution et lenteur. Une fois que l'on est sûr d'avoir pénétré, on fait un mouvement de scie verticale pour diviser en même temps, peau, parties molles et trachée, dans une longueur de un centimètre et demi à deux centimètres environ; enfin, on termine en abaissant le talon de l'instrument de façon à faire à la peau une plaie un peu plus longue qu'à la trachée. Nous tenons à insister sur ce fait, que, dans le second mouvement de l'incision, le mouvement de scie, il faut toujours laisser la lame

également engagée, à cause que la trachée est d'autant plus profonde qu'on s'éloigne du cricoïde ; sans quoi, ce qui nous est parfois arrivé, on ferait à la trachée une incision trop petite.

Voilà donc l'incision faite et les quatre premiers temps de l'opération de Trousseau remplacés par un seul. Nous n'avons pas eu besoin d'aller, comme nous l'avons vu faire tant de fois, chercher au fond d'une plaie baignée de sang une trachée mobile qui ne cherche qu'à fuir. De plus, nous sommes sûrs du parallélisme parfait des plaies trachéale et cutanée ; et si notre larynx était bien fixé, nos points de repère bien pris, nous n'avons pu inciser que sur la ligne médiane. Dans ce procédé opératoire, rien n'est laissé au hasard.

Reste l'hémorrhagie. Dès que l'incision est terminée, le sang se précipite ; mais à ce moment l'indicateur gauche est vivement porté dans la plaie et va obstruer l'ouverture trachéale, qu'il ne doit plus quitter, empêchant ainsi le sang d'y pénétrer. La main droite s'arme alors du dilatateur à longues branches, l'introduit dans la trachée, en le guidant sur l'index gauche ; on le fixe à son cran d'arrêt, et on fait asseoir l'enfant.

L'enfant respire et on a tout le temps de placer la canule que l'on glisse comme dans l'autre méthode entre les branches du dilatateur. Nous devons dire qu'il arrive souvent chez les très jeunes enfants dont la trachée est très étroite, que le dilatateur aplatit cet organe et occupe dans son calibre une place telle, que l'entrée de la canule est impossible : nous l'avons, dans ces cas, introduite plus facilement sans dilatateur en la guidant sur le doigt dont l'ongle écarte la lèvre droite de la plaie trachéale.

Telle est, dans ses plus minutieux détails, l'opération de la trachéotomie en un temps. Ce procédé a-t-il à son passif plus d'accidents que l'autre ? Non. On a objecté la possibilité de la perforation de la paroi postérieure de la trachée. Eh bien, sur deux cent cinquante opérations pratiquées par M. de Saint-Germain, une seule fois la paroi postérieure a été piquée, c'était dans le début, alors qu'il ne limitait pas, avec son doigt, l'action de sa lame.

Les hémorrhagies ne se sont pas montrées plus souvent, au contraire, et toujours elles ont été facilement arrêtées par l'introduction d'une canule plus grosse ou l'application de quelques lames d'amadou.

Bien que le résultat final, guérison ou mort, tienne peu au procédé employé, nous ferons néanmoins remarquer que la moyenne fournie n'est pas plus mauvaise qu'avec les autres méthodes. M. de Saint-Germain a obtenu un succès sur un peu moins de quatre opérés, presque un pour trois et demi.

En terminant, nous croyons pouvoir tirer les conclusions suivantes. Bien pratiquée, cette opération l'emporte sur toutes les autres par sa rapidité ; on peut la faire en quinze, dix, sept et même cinq secondes à partir du moment où le bistouri attaque la peau, jusqu'à celui où la canule est définitivement fixée.

Cette rapidité d'exécution diminue les chances de syncope opératoire.

On perd le minimum de sang.

De plus, nous croyons pouvoir affirmer que l'incision, en elle-même, réunit toutes les qualités : parallélisme parfait, netteté du trajet. On n'a point à aller laborieusement à la recherche de la trachée ; on ne fait point de décollements dans les couches que traverse la plaie comme dans les autres méthodes ; et ainsi on s'expose moins dans la suite aux complications locales, ulcérations, gangrène, ou diphthérie de la plaie. —*Le Concours Médical.*

OBSTÉTRIQUE ET GYNÉCOLOGIE.

Durée de la vie de l'enfant dans l'utérus après la mort de la mère.—Sur 379 cas dans lesquels l'opération césarienne fut faite après la mort, 308 enfants vinrent morts, 37 donnaient encore des signes de vie ; 34 étaient vivants. Parmi ces derniers, 5 vécurent assez longtemps, le Dr Gareski rapporte dans la *Presse médicale belge* les expériences qu'il a faites sur les animaux pour rechercher la durée de la vie de l'enfant après la mort de la mère. Les résultats auxquels il est arrivé sont les suivants :

1° Il n'est pas douteux que, en cas de mort subite de la mére, le produit survive :

2° L'extraction d'un fœtus vivant est probable si elle est faite pendant les six premières minutes qui suivent la mort de la mère :

3° On peut encore espérer rappeler à la vie, malgré le degré d'asphyxie, les enfants extraits 6 à 10 minutes après la mort ;

4° On pourrait même encore les sauver après 10 à 21 minutes ;

5° Souvent le fœtus est déjà fortement asphyxié après la première minute ;

6° La survie du fœtus est d'autant plus longue que l'intervalle de temps qui s'écoule entre la cause de la mort et la cessation complète des mouvements du cœur est plus court ;

7° La mort de la mère par intoxication rapide est plus favorable à la survie du fœtus que la mort due à d'autres causes.—*Le Médecin Praticien.*

L'UNION MEDICALE DU CANADA

MONTREAL, OCTOBRE 1881.

Comité de Rédaction :

MESSIEURS LES DOCTEURS E. P. LACHAPELLE, A. LAMARCHE ET S. LACHAPELLE.

GARFIELD.

La mort du président Garfield a donné lieu à une foule d'appréciations et de commentaires dont plusieurs ne sont rien moins que flatteurs pour la profession et surtout pour les médecins et chirurgiens qui avaient charge du malade. Le succès justifie tout, mais rien ne justifie un échec. Les mécontents ont bien eu soin de ne pas laisser échapper une occasion si favorable.

On connaît les faits ; les journaux médicaux et politiques nous les ont répétés à satiété. Récapitulons en deux mots : Le 3 juillet, le président Garfield tombe frappé d'une balle de fort calibre. Le projectile fracture la onzième côte droite, (la dixième d'après le Southern Clinic de Richmond) dévie légèrement en bas, traverse les parties molles sans lacérer le foie, traverse le corps de la première vertèbre lombaire et s'arrête à un pouce et demi à gauche de la colonne vertébrale en dessous du pancréas. Quatre-vingts jours après, le blessé meurt de pyémie et à l'autopsie on constate qu'on s'est trompé du tout au tout sur le trajet du projectile, et voici pourquoi. L'état du malade ne permettant pas de sonder la blessure pendant les premiers jours qui suivirent l'attentat, l'ouverture interne de la paroi abdominale eut tout le temps de se fermer par inflammation adhésive, pendant que la côte fracturée et les esquilles d'os déterminaient une suppuration qui se fraya dans l'épaisseur des tissus un trajet qui descendait presque jusqu'à la fosse iliaque. Or, quant on put aller à la recherche de la balle ce trajet seul restait ouvert et on le prit naturellement pour celui du projectile. Bien d'autres s'y seraient trompés et l'erreur n'était pas de nature à changer en aucune

manière l'issue du cas ni à modifier le traitement. Les incisions qu'on a pratiquées à cet endroit auraient eu leur indication et les chirurgiens les auraient faites quand même ils auraient su avoir affaire à un simple trajet purulent. La seule différence qu'il y aurait eu si on eut connu tout d'abord le trajet réel du projectile est que le pronostic aurait été fatal dès le début, et le Dr Hamilton n'aurait assurément pas joué sa réputation professionnelle sur l'issue heureuse du cas.

Le Dr Boynton ne paraît pas satisfait de l'autopsie dont il dit avoir été le témoin oculaire et d'après les faits qu'il rapporte il y a peut-être là matière à critique. En effet le Dr Boynton dit qu'avant de procéder à l'autopsie on a fait une injection conservatrice dans les artères du cadavre ; que le cœur n'a pas été ouvert; que les poumons n'ont été examinés que *in situ* ; que les intestins remplis d'adhérences par une péritonite généralisée ont été enlevés en masse, sans être ouverts, et portés dans un appartement voisin.

Le fait seul d'une injection conservatrice préalabre rendrait nulle une autopsie judiciaire. Dans le cas présent on a constaté la rupture d'une des artères mésentériques, sans qu'on put dire laquelle. Or n'est-on pas en droit de se demander si ce vaisseau n'a pas été rupturé par la pression de l'injection, ou au cours de l'autopsie en voulant défaire les adhérences de l'intestin. Si la balle avait déterminé un foyer purulent, l'artère aurait pu être corrodée par le pus, mais on sait que le projectile était enkysté. Il y a donc là un point obscur.

Pour l'honneur de la profession américaine que nous avons appris à repecter, nous n'acceptons que sons toute réserve les détails du rapport que nous ont transmis les journaux, car s'il fallait les prendre à la lettre, l'autopsie en question serait loin de nous donner une idée juste de la compétence de nos confrères américains, et nous attendons avec impatience le rapport officiel qu'on ne saurait manquer de publier.

Pour nous, le traitement qu'on a fait suivre au blessé n'a rien qui puisse prêter prise à une critique malveillante et fait honneur aux hommes éminents qui en étaient chargés. L'erreur de diagnostic est évidente et considérable il est vrai, mais n'a produit aucune conséquence détrimentale au malade.

Comme les chirurgiens le savent, les blessures par armes à feu de la portion spongieuse des vertèbres sont excessivement graves, leur résultat fatal n'a rien qui puisse étonner, et la pyémie n'est pas la seule complication qui puisse l'amener.

Le listérisme.

La question du listérisme nous offre, en ce moment, des péripéties et des changements à vue des plus surprenants. Tandis que d'un côté le Professeur Nussbaum voudrait rendre la méthode de Lister compulsoire en Allemagne sous peine de *malpractice*, de l'autre les délibérations du congrès médical international de Londres (du 6 août dernier) tendraient à la faire rejeter de la chirurgie intra-péritonéale. Keith jusqu'alors listérien s'en déclare l'ennemi acharné, tandis que Spencer Wells reste tellement convaincu de l'efficacité du listérisme qu'il dit que le drainage est devenu inutile et ne l'a pas employé depuis trois ans; Marion Sims, n'est pas aussi affirmatif mais reste listérien; Volkmann et Kuget enfin considèrent la chirurgie intra-péritonéale comme la pierre de touche du listérisme. Voilà où en est la question et nous n'avons pas assurément la prétention de la trancher, mais si d'un côté les prétentions de Nussbaum, Volkmann et Kuget sont exagérées, de l'autre les faits que Keith apporte à l'appui de sa thèse sont loin de paraître assez concluants pour exclure le listérisme de la chirurgie intra-péritonéale. Voici ces statistiques telles que nous les transmet un correspondant du "Boston Medical and Surgical Reporter": Il est vrai, dit Keith, que j'ai eu avec la méthode de Lister 80 succès consécutifs d'ovariotomie, mais dans les 25 cas suivants, j'ai perdu sept malades dont une de septicémie aigue, trois par empoisonnement évident par l'acide carbolique et une d'hémorrhagie rénale. Et il ajoute que depuis quatre mois, il a abandonné le listérisme et que ses cas lui donnent beaucoup moins de trouble et des résultats plus satisfaisants, sans autre agent que la propreté la plus scrupuleuse.

Il ne faut pas exiger d'une méthode plus qu'elle peut donner, ni lui imputer trop rigoureusement quelques accidents isolés, et pour ne parler que de la statistique de Keith, quand même il aurait constaté l'empoisonnement par l'acide carbolique trois fois sur 105 cas, il nous paraît exagéré de conclure au rejet, sans appel, de la méthode; et 98 succès dont 80 consécutifs sur 105 cas seront peut être difficiles à obteuir sans antiseptiques, attendons! L'opinion de Volkmann et Kuget leur est à peu près personnelle et ne parait pas être partagée par un grand nombre de chirurgiens. Lister lui-même est loin d'énoncer de semblables prétentions. Keith n'est pas le seul qui ait constaté les accidents dus à l'acide carbolique, mais nul avant

lui n'avait osé tirer de semblables conclusions de cas trop peu nombreux et qui peuvent être dus tout aussi souvent à la manière dont l'agent antiseptique est employé qu'à l'agent lui-même, presque tous les remèdes de la pharmacopée en sont là. Et, tout au moins, avant de rejeter la méthode de Lister il nous paraîtrait plus logique de chercher à substituer à l'acide carbolique un autre antiseptique qui en ait les précieuses qualités sans en avoir les inconvénients. Avant Lister la chirurgie intra-péritonéale et l'ouverture des articulations n'étaient guère heureuses et nous croyons plus prudent d'attendre que Keith ait pu compter 80 succès consécutifs avec sa méthode avant de lui donner la préférence, à l'exclusion *complète* de celle Lister.

Greffe osseuse.

—

La greffe osseuse est le triomphe le plus récent et non pas le moins brillant qu'ait a enrégistrer la chirurgie moderne. Le mérite en est du au Dr MacEwen qui en a conçu l'idée et l'a appliquée le premier avec succès. En 1878 un enfant de trois ans fut reçu au "Glasgow Infirmary pour une nécrose de l'humérus droit dont le corps était déjà séparé de l'épiphyse. Quinze mois après que la partie nécrosée eut été enlevée, l'os ne s'était pas reproduit et les deux tiers du corps de l'humérus manquaient. Le Dr MacEwen qui avait en ce moment sous la main un cas de courbure antérieure du tibia put se procurer des fragments d'os sains qu'il divisa en un grand nombre de petits morceaux, et guidé par ses connaissances anatomiques, il les déposa au sein des masses charnues dans la position normale de l'humérus. Le succès couronna cette heureuse tentative, les fragments se réunirent entr'eux, puis aux extrémités de l'os préexistants et le résultat final fut la formation d'un nouvel os d'un demi pouce seulement plus court que son congénère. Un mois avant que le Dr MacEwen ne publiât son cas, le Dr MacNamara du Westminster Hospital avait annoncé à ses élèves son intention de tenter la greffe osseuse mais l'état général du malade n'étant pas propice il avait du remettre à plus tard l'exécution de son dessein.

Malgré que l'opération ne soit pas souvent requise, la nature se suppléant le plus souvent à elle-même, elle n'en constitue pas moins, le cas échéant, un grand bienfait pour l'humanité. Le Dr MacNamara dit que l'idée de la greffe osseuse lui a été suggérée par le succès obtenu dans la transplantation des dents.

Hôpital Notre-Dame.

—

Un correspondant du *Monde* qui signe "Un Lecteur" se plaint que la rue du Champ-de-Mars est infectée par les exhalations des écuries, d'une tannerie et par l'Hôpital Notre-Dame "qui exhale des odeurs peu *salutaires comme on peut s'attendre d'un établissement de ce genre.*" Si le correspondant s'attend à cela, il lui en couterait peu de se détromper et il voudra nous permettre de nous attendre à tout autre chose d'un hôpital de soixante lits qui dispose d'un local aussi vaste et si bien aéré. Ceux qui ont eu l'occasion de vitsiter l'hôpital peuvent juger des avancées du "Lecteur." Il trouverait l'air de l'hôpital embaumé si, comme nous médecins, il respirait de temps à autre l'atmosphère méphitique de certaines maisons privées (qui ne sont pas rares par malheur) et dont les hôtes se trouveraient bien d'un séjour momentané à l'hôpital.

Si les officiers de santé, se rendant complaisamment à l'invitation du "Lecteur," se décidaient à visiter l'hôpital Notre-Dame, le correspondant ferait bien de les y accompagner, il apprendrait ce que ces messieurs savent déjà : que la santé publique n'est nullement compromise par l'hôpital, mille fois moins que par les locataires qui occupaient la bâtisse avant que l'hôpital fut fondé.

Tarif médical.

—

Notre nouveau tarif, quoique diminué, tombe encore sur les nerfs de quelqu'un. Un correspondant (nous ont-ils pris à parti) se plaint que nos honoraires sont fabuleux et que le public est à notre merci pieds et poings liés comme un voyageur au milieu d'une troupe de brigands. De deux choses l'une, ou ce monsieur ne pèse pas notre travail, notre responsabilité et nos sacrifices dans la même balance que nous, ou il ignore que c'est là un tarif maximum et que le minimum qui n'a pas de limites audessus du zéro est malheureusement plus usuel que le premier. Il se demande (le voyez-vous d'ici) combien d'argent nous recevons que nous n'avons pas gagné! Quelqu'un lui répond en retorquant l'argument: Combien d'argent nous gagnons que nous ne recevons

pas. Nous ne voudrions pas jurer qu'il n'en sait rien. Nous pouvons bien le dire une fois—le médecin, ici comme ailleurs, est un des membres de la société qui fait le plus souvent la charité. C'est peut-être souvent par intérêt, la conscience de chacun peut seule en juger.

Question Universitaire.—Un télégramme reçu de Rome, le 21 septembre dernier, nous apprend que l'Université Laval a gagné sa cause.

Brochure reçue.

The Charning Cross Hospital and School of Medecine, 1881-82

Bureau Provincial de Médecine.

L'assemblée semi-annuelle du Bureau Provincial de Médecine a eu lieu à Québec, le 28 septembre dernier. Les gouverneurs suivants étaient présents :

Dr R. P. Howard, Président ; les Honorables Docteurs Théodore Robitaille, J. J. Ross, Drs Ladouceur, Come Rinfret, Gervais, Perreault, Belleau, Rottot, Campbell, Austin, Kennedy, Lafontaine, Bonin, Marmette, Lemieux, Hingston, Gingras, Worthington, Craigk, Marsden, Laberge, Gibson, R. F. Rinfret, Rodgers, Sewell, Parke, E. P. Lachapelle, Rousseau, de St-George.

Les Drs Howard, Robitaille, Marsden et Hingston payèrent un juste tribut d'éloges à la mémoire du Dr F. A. H. LaRue, décédé à Québec, le 25 septembre, et des résolutions de condoléance furent adoptées.

Sur rapport du Bureau d'examen préliminaire, les Messieurs suivants furent admis à l'étude de la Médecine : Wm. McClure, Lachute ; J. J. R. Church, Aylmer ; H. Dazé, Montréal ; D. Caisse, Lanoraie ; J. Piedalue, Lacadie ; Ls. F. Lepage, Rimouski ; Gédéon Chabot, St. Martin ; Aug. Gagné, Kamouraska ; A. Laurendeau, St. Barthelémi ; Alfred Morin, Baie St. Paul ; J. Deschambault, Montréal ; F. Tremblay, Baie St. Paul ; L. Beaudoin, St. Roch de l'Achigan ; H. Brodeur, Varennes ; Oscor Cloutier, Ste. Monique de Nicolet ; P. Grandpré, St.

Cuthberth; Siméon Grondin, Québec; Jos. Houle, St. Robert; Jos. Jetté, St. Paul l'Hermite; L. Noël, Lotbinière; Hector Palardy, St. Hugues; Aldebert Poissant, St. Edouard; Alph. Thibault, St. Jérôme, J. A. Toupin, St. Isidore.

Sur rapport d'un comité spécial, nommé à l'assemblée du mois de mai dernier, il est résolu qu'à l'avenir, la License du Collége des Médecins et Chirurgiens de la Province de Québec ne sera accordée aux porteurs de diplômes universitaires, qu'en autant que ceux-ci auront passé leur examen final, à l'expiration de leur quatrième année d'études médicales, depuis leur admission à l'étude, et qu'ils auront suivi au moins trois sessions de cours universitaires, dont une durant leur première année et une durant leur quatrième année d'études.

Le Trésorier soumet son état financier établissant que la recette totale de l'année a été de $5,669.93 et la dépense de $4,032 44, laissant une balance en caisse de $1.637.49.

Après avoir expédié les affaires de routine ordinaires et avoir adopté différents rapports, le Bureau accorda la Licence aux porteurs de diplômes suivants: Université Laval (Québec). —L. H. Philéas DeBlois, M.D., St. Henri de Lauzon; Aimé Trudel, M.D., Trois-Rivières; Ls. Chaussegros De Lery, M.L., St. François, Beauce; Napoléon Mercier, M.L., St. Jean-Chrysostôme; Chs. Noël Barry, M.D., Ste. Anne de la Pérade; Pierre Alex. Gauvreau, M.L., Rimouski. Université Laval (Montréal).—Jos. Ed. Lemaître, M. D., Pierreville; Gustave Demers, M. D., Montréal. Université Victoria.—A. Gibeault, M.D., C.M., St. Jacques l'Achigan; Gilbert Huot, M.D., C.M. Université McGill.—Wm L. Gray, M.D., C.M.; George T. Ross, M.D., C.M. Bishop's College.—Frank N. R. Spendlove, C.M., D.M., Robert H. Wilson, C.M., M.D. M. T. J. Seymington, gradué du Queen's College, Kington, Ont., obtint sa licence après avoir passé un examen heureux.

NECROLOGIE.

Le Professeur LaRue.

Le Dr F. A. Hubert LaRue, professeur à la faculté de médecine de l'Université Laval, s'est éteint à Québec, le 25 sept. dernier, à l'âge peu avancé de 48 ans, et après une maladie de quelques jours seulement. En lui, l'Université perd le plus brillant de ses professeurs, les lettres canadiennes un de leurs meilleurs talents et la patrie toute entière un de ses savants les plus distingués.

Le Dr LaRue était né à l'Ile d'Orléans. Après son cours d'études classiques fait au Séminaire de Québec, il fut inscrit au nombre des premiers élèves qu'ait eus l'Université Laval, et son nom figure avec distinction en tête de la liste des licenciés en médecine de l'Université. Les talents et les succès du jeune LaRue l'avaient depuis longtemps fait remarquer de ses maîtres; l'Université songeait déjà à l'adjoindre au corps de ses professeurs; on lui facilita les moyens de se rendre en Europe où il suivit pendant plusieurs années les cours des plus célèbres universités de France, de Belgique et d'Allemagne, étudiant d'une manière toute spéciale et sous la direction des maîtres de la science la médecine légale, l'anatomie pathologique, l'hygiène et la chimie. A son retour, il était nommé professeur de ces dernières sciences à la faculté de médecine de l'Université, après avoir subi avec un succès des plus distingués l'épreuve si difficile du Doctorat et soutenu publiquement une thèse fort remarquable sur le *Suicide*.

Comme l'a si bien dit un de ses biographes, le Dr LaRue avait le génie du professorat. Esprit lucide servi par un organe éclatant; élocution pure, naturelle, animée; geste facile et dégagé; méthode simple, claire comme le soleil. C'est dans la chaire de professeur, en face d'un auditoire attentif que le Dr LaRue se montrait sous son véritable jour. Il développait les thèses les plus difficiles, traitait les sujets les plus ardus avec une aisance et une netteté telles, que, pour ses nombreux élèves, l'entendre c'était comprendre. L'Université Laval pourra avoir des professeurs aussi instruits, mais difficilement elle en aura de supérieurs à lui pour la manière de donner l'enseignement. Il avait le don d'intéresser ses élèves, de captiver leur attention, si bien, qu'à ses cours, ils apprenaient sans pour ainsi dire s'en donner la peine. Au besoin, il savait donner aux choses les plus sèches et les moins amusantes une tournure paradoxale qui les rendait intéressantes à ses auditeurs. Jamais on ne voyait à ses cours un élève endormi ou distrait. Ce n'est pas lui qui se serait jamais avisé de croire qu'un cours doive être une encyclopédie du sujet qu'on traite, et qu'un professeur ne doive omettre aucun détail. Il savait grouper avec art les principes et se montrer sobre de détails, n'allant pas au-delà de ce qui était nécessaire pour ne pas rester dans l'abstraction, et donner une tournure pratique à son enseignement. Il comprenait parfaitement que le professeur doit viser non pas à faire des savants de ses élèves, mais à leur faire aimer la science et désirer son acquisition, et à les mettre en état de l'acquérir ensuite par eux-mêmes au moyen de l'étude et de la réflexion.

Aux examens, le Dr LaRue se montrait d'une grande sévérité envers les élèves, et pourtant il jouissait parmi eux d'une grande popularité. Nuls cours n'étaient plus assidument suivis que les siens. Aucun professeur n'a peut-être exercé une plus grande influence sur la jeunesse universitaire à Québec.

Si le Dr LaRue n'avait pas son supérieur pour le talent comme professeur, il était aussi sans rival comme conférencier. On se disputait les siéges d'une salle dès qu'on savait qu'il devait donner une conférence ou un cours public. Tout le monde se rappelle les cours publics qu'il a donnés à Québec sur l'*Hygiène générale et la Chimie appliquée*

Inutile de dire que le professeur LaRue était un savant dans toute la force du terme. La chimie n'avait pas de secrets pour lui, et il l'aimait pour ainsi dire passionément. Mais sa science ne se bornait pas à la seule théorie, elle était avant tout pratique. Il possédait surtout à fond les diverses applications de la chimie aux arts et à l'industrie, et en particulier à la métallurgie. On sait qu'il était l'inventeur d'un procédé pour séparer l'oxide magnétique du sable noir, procédé qui reçut la plus heureuse application lors de l'exploitation des mines de fer de la rivière Moisic.

Comme médecin légiste le Dr LaRue avait une réputation sans égale dans le pays. Il a été employé comme expert ou analyste dans la plupart des grandes causes criminelles qui se sont déroulées dans les cours du district de Québec et des districts voisins, et jamais l'on a eu à revenir sur les opinions médico-légales qu'il avait formulées ou les expertises qu'il avait faites. A Paris, il avait été l'élève d'Orfila.

Comme on le voit, ce n'est pas un homme ordinaire qui vient de mourir, et tous ceux qui l'ont bien connu ou qui ont eu avec lui quelques rapports comprendront seuls quelle perte l'Université et le pays viennent de faire et quel vide impossible à combler ce départ vient de créer parmi nous.

TRAVAUX ORIGINAUX.

Anomalies des organes génitaux de la femme.

Leçon clinique donnée à l'Hôpital Notre-Dame, Montréal, par A. T. Brosseau, M.D., Professeur de Clinique chirurgicale à l'Université Laval.

Messieurs,

Nous avons en ce moment, dans nos salles, un cas d'*occlusion membraneuse* du vagin; c'est pourquoi je prendrai pour sujet de ma clinique du jour: "Les anomalies des organes génitaux de la femme."

Ces anomalies comprennent l'occlusion du vagin par l'hymen, par une cloison anormale et une absence totale ou partielle du vagin qui est remplacé par du tissu fibreux ou du tissu cellulaire. Dans ces cas l'utérus est souvent à l'état embryonnaire ou manque complètement.

Le vagin peut être réduit au quart, à la moitié de sa longueur ou être fermé par une cloison membraneuse; il présente souvent aussi un excès d'amplitude qui prédispose au prolapsus, comme un excès d'étroitesse qui apporte des obstacles à l'accomplissement des fonctions sexuelles et surtout à l'accouchement.

Le symtôme dominant des atrésies du vagin est la rétention des menstrues. Les malades éprouvent une pesanteur dans le bassin, les reins sont comme brisés, les douleurs y originent et vont mourir à l'hypogastre et au fondement.

Ces douleurs durent quelques jours, puis cessent, pour se répéter à une nouvelle époque.

Au fur et à mesure que ces phénomènes se renouvellent ils acquièrent une intensité croissante; les douleurs deviennent expulsives, semblables aux tranchées.

On découvre plus ou moins vite une tumeur à l'hypogastre dûe à l'accumulation du sang. Si cette tumeur comprime le rectum ou la vessie, elle est suivie de constipation, de ténesme, de dysurie, de retention ou d'incontinence d'urine.

L'estomac et le système nerveux ne tardent pas à être affectés sympatiquement. La vie des malades n'est plus qu'une série de souffrances périodiques.

Les symptômes varient suivant les différentes espèces d'atrésies: dans l'imperforation de l'hymen, le doigt et la vue constatent, à l'entrée de la vulve, une tumeur rouge vif ou violacé, variant de la grosseur d'une châtaigne à celui du poing.

Cette tumeur devient tendue et douloureuse au moment de la crise menstruelle.

Pour apprécier l'épaisseur des tissus qui séparent la vessie du rectum, on introduit une sonde dans la vessie et le doigt dans le rectum, et l'on a ainsi une idée de l'épaisseur de la tumeur.

L'atrésie du col utérin est facile à diagnostiquer par le doigt, la sonde, le spéculum. La sonde utérine ne peut être introduite comme d'habitude.

L'utérus distendu fait saillie à l'hypogastre; cette tumeur progresse surtout à l'époque menstruelle.

Combinant la pression abdominale au toucher vaginal on éprouve une sensation d'ondulation.

L'absence de tout écoulement à l'époque présumée des règles, le caractère expulsif des douleurs, leur durée de trois à huit jours, leur retour à un mois environ d'intervalle, leur siège aux lombes, à l'hypogastre, l'apparition d'une tumeur, suffisent pleinement au diagnostic de la retention menstruelle.

L'amenorrhée. que l'on pourrait confondre avec le retention, n'amène pas d'exacerbations périodiques, ni de tumeur à l'hypogastre. L'examen vaginal enlèverait tout doute.

Quoique l'on connaisse un petit nombre de cas, dans lesquels une guérison spontanée est survenue par suite de la rupture ou de la gangrène de l'obstacle, dans la plupart des cas la nature n'est pas aussi complaisante et il faut que l'art intervienne.

Le chirurgien se trouve en présence de dangers réels: 1° ceux que l'opération fait courir; 2° les périls encore plus grands auxquels exposent les progrès continuels de la maladie; 3° l'abolition de la fonction reproductrice qu'elle amène toujours.

Plus les organes ont été distendus par le sang, plus ils ont perdu l'aptitude de revenir sur eux-mêmes.

Si la distension a envahi jusqu'aux trompes, on doit craindre un dénouement funeste par la pénétration du sang dans la cavité péritonéale.

L'opération est alors urgente, c'est le seul moyen de conjurer ce danger.

L'imperforation de l'hymen et l'oblitération membraneuse du vagin sont les atrésies les moins dangereuses.

L'absence partielle ou complète du vagin et l'imperforation du col sont bien plus graves.

L'opération est aussi plus dangereuse quand il s'agit des atrésies accidentelles que des atrésies congénitales.

La seule contre-indication réelle à l'opération, c'est l'étendue de l'obstacle. Quand il y a absence totale du vagin, il n'est pas sage de tenter une opération. Mais les atrésies moins considérables sont plus communes, et il convient de tenter une opération, ne serait-ce que pour obtenir l'écoulement des menstrues.

On rencontre aussi assez souvent, dans l'enfance, des occlusions partielles dûes à l'enflammation des parties génitales.

A l'âge adulte, ces occlusions accidentelles sont dûes à un accouchement laborieux.

Dans l'enfance, ces atrésies sont situées dans la partie inférieures du vagin ou à la vulve; tandis que celles dûes au travail de l'accouchement sont situées dans la moitié supérieure du vagin.

Ces variétés sont passibles d'une opération avec chance de succès.

Le procédé opératoire doit varier, suivant le siège et l'étendue du rétrécissement et l'âge de la malade; on tentera à 20 ans ce qu'on ne doit pas faire à 50 ans,—le liquide menstruel ne se reproduisant plus.

Pour prévenir les adhérences après ces opérations il faut maintenir en place des bourdonnets de charpie trempés dans la glycérine. Pour cette opération *comme pour toutes les opérations sur l'utérus*, l'époque la plus favorable c'est cinq ou six jours après la fin de la menstruation.

A ce moment la congestion est entièrement dissipée, et la prochaine fluxion périodique très éloignée, donc moins de chances d'inflammation, etc.

Le traitement des atrésies de la vulve, du vagin et du col utérin, comprend deux indications capitales 1° donner issue au sang; 2° maintenir béante cette issue. L'*incision* la *dissection* et la *dilatation* sont nécessaires dans les oblitérations d'une profondeur considérable.

Les *incisions* et la *ponction* suffisent dans les occlusions minces, membraneuses. Dans ces cas d'imperforations membraneuses on plonge un trocart à travers l'obstacle puis avec un bistouri on incise en divers sens jusqu'à ce que le doigt puisse commodément passer.

Contre les atrésies plus étendues, absence de vagin, etc., deux

procédés sont adoptés : l'un consiste dans une *série de pressions* à l'aide du doigt ou d'un corps mousse destinées à déprimer la muqueuse ; puis franchir la dernière barrière avec le trocart. Ce moyen ne réussit que rarement.

L'autre consiste dans l'emploi combiné de l'instrument tranchant et du décollement du tissu cellulaire.

Le chirurgien met une sonde dans la vessie, son index gauche dans le rectum afin de servir de guide au bistouri, puis il fait *graduellement* et avec prudence de *petites incisions* au centre de l'obstacle—il peut ainsi décoller avec son doigt et le manche du bistouri, les parois visicale et rectale jusqu'à la tumeur. Il lui faut allier la prudence à l'habileté. Le canal une fois fait, élargi, il aperçoit la tumeur sanguine dans laquelle il plonge un trocart. Un liquide poisseux, couleur lie de vin s'en échappe—puis il fait avec précaution des injections détergeantes. Pour maintenir le canal et l'orifice artificiels béants on y introduit des sondes en gomme garnies de linge à leur extrémité supérieure ou encore des bourdonnets, des éponges, des vessies en caoutchouc introduites vides et remplies d'air ensuite.

Le tout est maintenu par un bandage en T. Tel est le moyen de rendre le vagin apte aux fonctions auxquelles il est destiné.

On suspend le pansement pendant l'époque menstruelle.

Si après ces opérations l'accouchement est possible sans déchirure, *dans un bon nombre de cas*, il ne faut cependant pas espérer que toutes les opérées sont propres au mariage et surtout à l'accouchement — au contraire, des accidents graves sont à redouter.

Plus l'étendue du rétrécissement est considérable, plus le tissus est dur et retractile, plus on devra craindre pour l'avenir de la malade, surtout au point de vue de l'accouchement.

S'il est des cas où l'on peut établir une issue aux règles et prévenir les suites mortelles de la retention menstruelle, il faut mettre en garde la femme contre les dangers qu'engendreraient les tentatives d'union sexuelle. On ne saurait donc trop recommander aux médecins de s'assurer de la bonne conformation des organes génitaux d'une jeune fille qui n'aurait jamais eu ses règles et qui songerait à se marier. Un auteur va jusqu'à dire "que la femme à laquelle la nature a refusé un utérus ne doit pas se marier et devenir l'*épouse* d'un homme : que l'art chirurgical ne peut que la rendre propre à être sa maîtresse mais pas davantage."

Dans le cas où il n'est pas possible d'entreprendre une opération, il faut se contenter d'un traitement palliatif. Détourner

le mouvement fluxionnaire par la saignée, les purgatifs, les révulsifs et éteindre la douleur par les narcotiques.

Pour faire mieux comprendre les observations que je viens de faire, je vous rapporterai maintenant quelques cas d'anomalies des organes génitaux de la femme, deux de ces cas ont été observés à l'hôpital Notre-Dame il y a quelque temps et dont le rapport a été préparé par M. le Dr Desrosiers, médecin interne de cet hôpital.

OBSERVATION I.—*Cloisonnement du vagin. Rétention du sang menstruel. Opération.*

S. D., act. 14, jeune fille bien développée et ayant toutes les apparences générales d'une santé parfaite se présenta à la consultation le 8 septembre 1881. Elle se plaint de violentes douleurs dans les régions lombaire et hypogastrique. La menstruation ne s'est pas encore manifestée. En interrogeant minutieusement la malade on obtient les renseignements suivants: Vers janvier 1880 elle commença à éprouver des douleurs considérables dans le bas-ventre, douleurs ayant un caractère intermittent et se renouvelant à peu près toutes les semaines. Elles durèrent plus d'une année entière, jusqu'à mars 1881 alors qu'un mal de reins atroce, au dire de la malade vint s'y ajouter. Ces douleurs hypogastrique et lombaire étaient accompagnées de bouffées de chaleur à la face et de refroidissement des extrémités. Aucune sensation dans les mamelles. La mère de la malade appliqua des cataplasmes sur le bas-ventre et fit plusieurs autres *remèdes* domestiques qui, naturellement n'eurent aucun résultat. Au bout de deux semaines, ces douleurs se calmèrent d'elles-mêmes et la malade eut deux ou trois autres semaines de repos après quoi les douleurs revinrent avec le même caractère et la même intensité. Pour la première fois, un médecin fut alors appelé et administra un anodin quelconque. Ce nouvel accès fut encore suivi d'une période de deux à trois semaines de bien-être, laquelle fit place à son tour a de nouvelles souffrances. Bref, ces alternatives de douleurs et de calme se répétèrent régulièrement toutes les trois semaines jusqu'à la fin de juillet, époque à laquelle la souffrance devint continuelle. Six semaines après, la malade venait à la consultation (8 septembre). L'examen en fut fait immédiatement. En voici le résultat:

Organes génitaux externes normalement conformés. Hymen intact. En introduisant le doigt dans le vagin, on sent vers la réunion du tiers inférieur avec le tiers moyen, un corps arrondi, dur, quoiqu'un peu rénitant et offrant une espèce de

fluctuation. En cherchant à introduire le doigt entre la tumeur et la paroi vaginale, on se sent arrêté presque aussitôt. Le palper abdominal ne révèle l'existence d'aucune tuméfaction appréciable, l'utérus semble seulement quelque peu plus volumineux qu'à l'état normal et la main, appliquée sur cet organe, à travers la paroi abdominale ne constate qu'une sensation éloignée de déplacement quand on repousse en haut la tuméfaction du vagin. Par le rectum, on sent à la partie antérieure une masse dure impossible à déplacer et donnant au toucher la même sensation qu'une prostate hypertrophiée.

On porte donc le diagnostic suivant: Cloisonnement transverse du vagin par une membrane en arrière de laquelle est probablement accumulé le sang menstruel. Pour éclairer davantage le diagnostic une ponction est pratiquée sur la partie la plus proéminente de la tumeur au moyen de l'aspirateur Dieulafoy. On retire du sang noirâtre. Tout doute ayant disparu, on incise largement la cloison, et environ une livre de sang noir, poisseux et très épais s'écoule par l'ouverture. On injecte prudemment de l'eau tiède légèrement phéniquée pour laver la cavité aussi complètement que possible. En introduisant ensuite l'index dans l'ouverture on constate qu'en effet une véritable cloison membraneuse de deux à trois lignes d'épaisseur sépare le vagin en deux compartiments superposés l'un à l'autre. Le compartiment supérieur est très grand. Le col utérin en occupe la partie la plus élevée et est, aussi lui, dilaté de façon à permettre facilement l'introduction du doigt.

Une mèche de charpie est mise entre les lèvres de la plaie et changée ensuite deux fois par jour, des lavages méthodiques à l'eau phéniquée étant faits à chaque pansement.

Il n'y a pas de réaction inflammatoire. La température reste normale. Le pouls semble accéléré mais on constate bientôt qu'il l'est naturellement. La malade est au reste douée d'un tempérament nerveux bien caractérisé et avait eu une crise hystérique quelques heures avant l'opération.

Au bout de quinze jours l'ouverture de la cloison est rétrécie malgré l'introduction des tentes. On remplace celle-ci par une éponge préparée qu'on laisse en place dix-huit heures. En la retirant on voit que l'ouverture s'est de nouveau dilatée. Cette cloison semble d'ailleurs facilement extensible en même temps qu'élastique et rétractile, et, quelques jours après l'ablation de l'éponge on peut s'assurer que l'ouverture se contracte de nouveau. On y introduit derechef successivement plusieurs éponges préparées, après quoi on conseille à la patiente de pratiquer elle-même la dilatation avec une bougie ou son doigt, et elle laisse l'hôpital le 24 octobre. Nous avons cru devoir re-

commander à cette jeune fille qu'avant de songer à se marier, il lui faudrait se soumettre à un examen minutieux, afin de s'assurer si l'accouchement serait possible.

Vers le 15 octobre la menstruation avait eu lieu sans douleurs et sans accident.

OBSERVATION II.—*Atrésie complète du vagin.*

Dame A. L., act. 22, se présente à la clinique le 27 septembre, se plaignant de son mari, qu'elle dit être impuissant, et demande à être examinée vû que le dit mari l'accuse, elle de n'être pas apte à la copulation.

L'extérieur de cette femme est celui d'une personne bien développée. Les mamelles ont les dimensions ordinaires. Le pubis et les parties génitales externes sont couverts de poils. Les grandes et les petites lèvres sont normales. En entrouvrant les lèvres on voit que le vagin est tout à fait imperméable et qu'il y a atrésie complète de cet organe. A l'entrée du vagin on constate simplement une dépression de un à deux pouces de profondeur et probablement dûe aux efforts de copulation. L'urèthre est aussi très dilaté, probablement par la même cause, mais il n'y a pas d'incontinence d'urine. En introduisant un doigt dans l'urèthre et l'autre dans le rectum, on voit qu'il ne sont séparés l'un de l'autre que par une cloison assez mince, et que par conséquent il n'y aurait aucune possibilité de faire un vagin artificiel.—Si haut que le doigt peut remonter dans le rectum, on ne peut toucher l'utérus, non plus que par le palper abdominal. La femme n'a pas non plus éprouvé de ces douleurs lombaires et hypogastriques, survenant à intervalles de trois à quatre semaines et indiquant l'existence d'un molimen menstruel. Il est donc excessivement probable qu'avec l'absence de vagin il y a aussi absence d'utérus et des ovaires, ou du moins que ces derniers organes ne sont qu'à l'état rudimentaire.

OBSERVATION III.

Durant mon séjour à Londres, j'ai eu occasion de voir un cas d'atrésie complète du vagin, soigné par le célèbre Dr Barnes.

C. H., jeune fille de 19 ans, grande, forte, parfaitement conformée, mais qui cependant n'avait jamais eu ses règles.

Au premier examen, le célèbre gynécologiste introduisit une sonde dans la vessie et son doigt dans le rectum, afin de mesurer l'épaisseur des tissus interposés: il ne put constater

la présence d'un utérus normal, mais il crut reconnaître un utérus à l'état rudimentaire.

Comme cette jeune fille éprouvait l'envie de se marier, M. Barnes entreprit de lui faire un vagin.

La malade chloroformisée et mise dans la position de la taille, il fit dans le centre de l'obstacle de très légères incisions accompagnées de pressions méthodiques avec le doigt. Le décollement, l'allongement du vagin était très difficile, vu la résistance, la dureté des tissus; M. Barnes faisait une séance par semaine. A la quatrième seance il eut le malheur de perforer la vessie, quoiqu'il eut déployé une prudence et une dextérité extraordinaires Cet accident toutefois n'eut pas de suites graves. La malade resta couchée sur le ventre durant quelques jours avec une sonde à demeure dans la vessie et tout rentra dans l'ordre.

Cette jeune fille dut sortir de l'hôpital non guérie, car l'opération parut si difficile au chirurgien qu'il ne jugea pas à propos de l'exposer à des dangers graves, sans espoir d'arriver à un résultat quelque peu satisfaisant.

Observation IV.

Il y a environ sept ans, je fus appelé par un confrère pour examiner une jeune femme, âgée de 18 ans, qui avait eu l'imprudence de se marier *sans avoir jamais eu ses menstrues.*

La sonde introduite dans la vessie, le doigt dans le rectum, nous constatâmes l'absence d'un utérus normal, cependant une certaine épaisseur de tissu nous fit croire à un utérus rudimentaire.

Le vagin était complètement obstrué par du tissu fibreux, cependant il présentait à la partie inférieure un cul de-sac d'environ un pouce et demi de profondeur, amené probablement par les tentatives répétées de coït.

Vu que cette femme était mariée, il était de notre devoir de lui proposer une opération, quelque difficile qu'elle parut. Mais le mari et l'épouse, encore remplis d'amour et de sympathie l'un pour l'autre, ne voulurent pas consentir à une opération douloureuse et nous répondirent qu'ils étaient prêts à accepter avec résignation la *parcimonie* de la nature à leur égard.

Je revis cette femme subséquemment à trois époques différentes en consultation avec d'autres médecins.

La dernière fois, il y a trois ans, l'accord entre la femme et le mari était rompu; le mari demandait une séparation de corps, si sa femme ne pouvait " être mise comme les autres, disait-il, par une opération."

L'autorité ecclésiastique avait dit au mari qu'il avait droit à une séparation si une opération était impraticable ou si elle refusait de s'y soumettre.

Je proposai de nouveau l'opération, mais la femme me répondit que son vice de conformation n'était qu'un *prétexte* allégué par son mari ; qu'il voulait se remarier avec une autre femme qu'il aimait mieux qu'elle, et elle refusa encore positivement de se laisser opérer.

J'ai rencontré quelques autres cas d'atrésie, mais qui n'offrent aucunes particularités différentes des cas précédents et que je ne crois pas devoir rapporter ici.

Diphthérie.

TRAITEMENT.

Renfermer le malade atteint de diphthérie dans une chambre bien close, remplir de vapeur de soufre, l'y laisser respirer autant que ses forces le lui permettront. Continuer l'humidité de l'atmosphère de la chambre pendant au moins dix heures.

Insufflation dans l'arrière-gorge d'une poudre composée de " soufre, trois parties ; chlorate de potasse, deux parties ; nitrate de potasse, une partie." Répétition de cette insufflation toutes les heures, suivie dix minutes après d'un gargarisme concentré au chlorate de potasse.

S'il y a épaississement des fausses membranes, les cautériser avec une solution concentrée au nitrate d'argent.

Enlever les lambeaux de fausses membranes au fur et à mesure de leur décollement ; mais sans tiraillements afin de ne pas amener de sang.

Insufflation de la poudre composée comme ci-haut sur les parties dégagées des fausses membranes ; continuer à cautériser les parties adhérentes des fausses membranes jusqu'à leur détachement complet. Cette cautérisation pourra être répétée deux ou trois fois par jour. Puis continuer les insufflations et les gargarismes.

Soutenir les forces par les bouillons, le cognac ou quelque préparation contenant de l'extrait de bœuf, du fer et du vin.

La nouvelle apparition ou formation de fausses membranes

sera empêchée par ce traitément en y ajoutant l'administration, toutes les six heures, d'une cuillerée à dessert de la solution suivante :

℞. Pot. chlorat..... ʒ ii
Sodæ carb..... ʒ iss
Aq. font..... ʒ vi
Syrup. ..... ʒ ii

Le nasonnement de la voix sera traité par des injections au chl. pot. par les narrines et les dragées au chl. de potasse.

La paralysie diphthéritique des membranes inférieures cédera après trois ou quatre semaines aux bains de pieds, frictions avec liniment ammoniacal, frictions sèches, électricité.

Tel est le traitement que je fais suivre à mes malades atteints de diphthérie.

Plus de quinze cas, soumis à cette stricte médication, ont été guéris radicalement.

Je le communique à la profession médicale, demandant à tous une application fidèle de ses plus petits détails, convaincu que je suis qu'ils en retireront d'immenses avantages.

La diphthérie est une de ces maladies contre laquelle la thérapeutique doit faire ses plus héroïques efforts pour en triompher : Maladie essentiellement locale, selon les uns, essentiellement constitutionnelle, suivant les autres ; il faut avouer qu'il y a bien peu de médications essentiellement locales ou constitutionnelles qui peuvent chanter victoire.

Il semble qu'il est bien plus raisonnable de supposer que la diphthérite est une de ces maladies malignes tellement violentes de nature, débutant tout autrement que les autres maladies, avec tous ses symptômes au début bien souvent, et cela avec tant de violence, qu'il est bien difficile de résoudre la question suivante : Est-ce le pharynx, couvert de fausses membranes, qui infecte l'organisme, ou est-ce l'organisme infecté qui développe ces lésions du pharynx ?

Quoiqu'il en soit des théories sur la pathogénie de cette terrible maladie, je crois que nous sommes justifiables de l'attaquer avec toute l'activité possible, localement ou constitutionnellement : car nul doute, que si l'organisme n'est pas primitivement affecté, il le devient secondairement, et c'est bien souvent l'empoisonnement diphthéritique qui est une des terminaisons fatales.

A de sujet, j'appuierai sur l'enlèvement des fausses membranes, qui cautérisées se décollent facilement. Le décollement

et l'énlèvement des fausses membranes est certainement le moyen le plus préventif de l'empoisonnement et nous devons nous en servir avec activité.

Hull, novembre 1881. Dr Joseph Beaudin.

REVUE DES JOURNAUX.

PATHOLOGIE ET CLINIQUE MÉDICALES.

Diagnostic des maladies du foie en général.—Autant les moyens physiques d'exploration nous rendent de services dans le diagnostic des affections du poumon et du cœur, autant ils sont infidèles quand il s'agit de rechercher celles du foie. L'auscultation, ce merveilleux instrument d'investigation dans les maladies cardiaques ou pulmonaires nous fait ici complètement défaut; la percussion et la palpation, utiles sans doute, sont, comme nous le montrerons, trop souvent rendues impuissantes ou trompeuses pour telles ou telles raisons de conformation anatomique. Il en résulte que le médecin n'est souvent mis que par hasard sur la piste d'une maladie du foie et c'est naturellement dans celles qui déterminent de l'ictère que son attention est plus tôt attirée de ce côté. Mais il en est de l'ictère comme de l'albuminurie dans les maladies du rein, c'est un symptôme qui peut manquer ou être très fugace, qui peut être déterminé aussi par la souffrance d'autres organes, et qui, par conséquent, ne saurait avoir de valeur pathognomonique.

Sans doute quand nous nous trouvons en présence d'un malade qui a de l'ictère, une douleur dans l'hypochondre droit, et qu'une déformation apparente siège dans cette région, notre première idée est en faveur d'une affection du foie, mais combien ces cas typiques sont rares, et combien il importe d'avoir présente à l'esprit toute la gamme des troubles fonctionnels si variés qui ressortissent à une lésion hépatique?

Il est incontestable que toute maladie du foie donne lieu, de prime abord, à des troubles *gastro-intestinaux*; mais peut-on distinguer les troubles digestifs dépendant d'une affection hépatique, de ceux qui résultent, par exemple, d'une lésion de l'estomac ou d'une maladie générale comme la tuberculose ou la chlorose? L'affirmer serait faire preuve d'outrecuidance clinique.

Monneret pensait qu'il existait toujours un dégoût précoce pour la viande, mais cette anorexie spéciale s'observe d'aussi bonne heure dans le cancer de l'estomac. Il est plus légitime d'attacher une certaine importance à des signes de dyspepsie ne survenant que deux ou trois heures après les repas, c'est-à-dire au moment où la bile doit intervenir et jouer son rôle dans l'acte digestif. C'est alors que les malades se plaignent d'une sensation de barre sur l'estomac qui persiste plusieurs heures et s'accompagne de borborygmes et d'éructations acides.

La constipation est la règle au début de la cirrhose et du cancer du foie ; à une période avancée, la diarrhée est plus fréquente ; on observe encore souvent l'alternative inexpliquée de ces deux symptômes.

Un état nauséeux habituel, des vomissements tantôt bilieux, tantôt alimentaires et muqueux trahissent une action réflexe irritante sur les extrémités terminales du nerf pneumogastrique. C'est un exemple de cette synergie morbide en vertu de laquelle toute maladie d'un des organes qui sont sous la dépendance de ce grand nerf retentit sur les autres. Les faits qui mettent en lumière cette influence réciproque des maladies du cœur, des poumons, du foie et de l'estomac sont nombreux ; nous en avons déjà relevé quelques-uns dans nos articles sur l'angine de poitrine, sur l'asystolie.—Comment expliquer, sinon par ce mécanisme, les *palpitations cardiaques*, signalées par Murchison comme fréquentes chez des malades atteints d'affections hépatiques, et dans des cas où ni le volume du foie ni le ballonnement de l'estomac n'étaient suffisants pour gêner mécaniquement le cœur dans son fonctionnement ?

La *dypsnée* n'est pas rare, que le diaphragme soit gêné matériellement par un foie hypertrophié, ou qu'un travail inflammatoire de périhépatite détermine une assez vive douleur dans l'hypochondre droit et oblige le malade à ne faire que des inspirations courtes et saccadées.

Un phénomène très intéressant à signaler est une *toux* sèche brève et persistante, alors que l'auscultation ne révèle aucune lésion pulmonaire. On a cité l'observation d'un malade revenant des pays chauds avec toux permanente, diarrhée et amaigrissement, qui fut d'abord considéré comme tuberculeux, lorsque plusieurs évacuations de pus par les garde-robes, suivies de la cessation de la toux et de la guérison, légitimèrent le diagnostic définitif d'abcès du foie.

Tous les signes précédemment mentionnés n'ont pas, même réunis, la puissance de mettre le médecin sur la voie d'une maladie du foie ; il en est tout autrement de *l'ictère* qui, s'il n'est

pas pathognomonique d'une affection primitive du foie, indique tout au moins que cet organe est en cause et impose la nécessité d'en pratiquer l'exploration. Il importe ici toutefois d'établir une distinction entre ictères véritables et les pseudo-ictères,—car on ne saurait plus admettre aujourd'hui, après tant de travaux auxquels est lié le nom du regretté professeur Gubler, que toute coloration jaune de la peau suppose le passage de la bile dans le sang et implique invinciblement une altération du foie.

Rappelons que, d'après Gubler, l'ictère vrai ou *bibiphéique* se traduit, outre la coloration des téguments et des conjonctives, par la teinte brune de l'urine avec reflets verdâtres, et que l'addition d'acide nitrique décèle la présence du pigment biliaire dans celle-ci en la colorant en vert, puis en bleu, violet et rouge, au fur et à mesure des oxydations de la matière colorante.—Mais il existe des ictères *hémaphéiques* dans lesquels la coloration de la peau est moins foncée ; les urines sont d'un rouge sombre, comparables à la bière forte ; elles font, sur le linge, des taches non pas verdâtres, mains couleur jus de melon ou chair de saumon.

L'acide nitrique n'y fait pas apparaître la coloration verte caractéristique du pigment biliaire, mais une teinte obscure rouge acajou.

Ce pseudo-ictère trahit seulement la destruction rapide d'un grand nombre de globules rouges du sang et la mise en liberté de leur matière colorante, l'hématosine, qui, charriée dans le système circulatoire au lieu d'être transformée en pigment biliaire par le foie, imprègne l'organisme. On comprend que ce symptôme puisse apparaître dans plusieurs états morbides où le foie n'a pas grand chose à voir et ne soit par conséquent pas l'indice irréfutable de la souffrance de cet organe

Cette distinction établie, affirmons donc que l'ictère vrai est un signe absolu d'une affection du foie, et nous aurons l'accasion d'insister dans un prochain article sur la lithiase biliaire, sur l'importance qu'il y a à rechercher le pigment dans l'urine chez certains sujets soupçonnés de coliques hépathiques pseudo-gastralgiques.—Mais dans des cas nombreux où le foie est gravement lésé, jamais on ne rencontre d'ictère, et l'on est exposé à méconnaître le point de départ de la souffrance générale de l'organisme. Il n'existe point de douleur, point de fièvre, sinon quelques accès réguliers, mal caractérisés, fugaces ; pourtant la santé générale périclite, et, la langue étant sèche, surtout si on se trouve en présence d'un vieillard, on doit songer à une affection latente soit du foie, soit des reins. Il convient alors de pratiquer l'examen de l'urine, et,

si l'acide nitrique n'y révèle pas de pigment biliaire, il ne faut pas se contenter d'une analyse aussi sommaire: après les remarquables travaux de Murchison, Charcot et Brouardel sur la fonction désassimilatrice du foie, il n'est plus permis de négliger le *dosage de l'urée* excrétée.—On nous objectera que tout praticien n'est pas en état de faire cette petite opération de chimie médicale,—objection de peu de valeur: car il existe des appareils très simples, notamment de Regnard ou de Noël, dont le maniement s'apprend en quelques minutes et qui, sans fournir des résultat mathématiques, donnent un dosage approximatif très suffisant en clinique. Aussi croyons nous que cette insignifiante opération du dosage de l'urée devrait devenir aussi répandue que la recherche de l'albumine —Or, pour en revenir à notre diagnostic, nous rappllerons qu'il ressort des recherches de Brouardel notamment, que, dès le début de toute affection organique du foie, l'entrave apportée à la fonction désassimilatrice de cet organe, amène une diminution considérable dans les proportions durée excrétée, celle-ci pouvant descendre de 25 et 30 gram par vingt-quatre heures, chiffre physiologique moyen chez l'adulte, à 5 ou 6 gram., parfois moins. Si, au lieu d'être attteint profondément dans sa texture, le foie n'est qu'irrité superficiellement, comme dans la congestion simple et aiguë, l'exaltation de ses fonctions physiologiques se traduit par un excès d'urée.

D'autres signes ne permettent plus de douter qu'on ne soit en présence d'une maladie du foie: ainsi *la dilatation des veines superciellles de l'abdomen*, accompagnant *l'ascite*, trahit une gêne dans la circulation du système porte, celle-ci pourrait peut-être dépendre de toute tumeur autre que le foie comprimant la veine porte, mais si elle est jointe à un développement de l'abdomen chez un individu amaigri, sans œdème des jambes, si surtout de fréquentes hémorrhagies apparaissent, épistaxis, ou melœna, il y aura tant de probabilités en faveur d'une cirrhose, qu'il ne restera plus qu'à pratiquer la palpation et la percussion du foie et de la rate.

C'est alors qu'il convient d'avoir présentes à l'esprit les nombreuses causes d'erreur que présente l'exploration du foie et qui peuvent conduire à admettre une maladie de cet organe alors qu'elle n'existe pas.—Voici d'abord les circonstances qui pourraient en imposer pour l'hypertrophie du foie. Chez les femmes multipares dont les parois abdominales sont flasques, la chute des intestins vers les parties déclives fait basculer le foie dont le bord tranchant se trouve abaissé et dont la face supérieure vient se mettre en contact avec la paroi dans une étendue considérable, de sorte qu'on peut avoir, par la percus-

sion, une matité de 20 centimètres. Un déplacement analogue s'observe chez les rachitiques, les sujets atteints de scoliose, ou par la pression prolongée du corset.—Un épanchement pleurétique droit, l'emphysème, une collection purulente enkystée entre la face convexe du foie et le diaphragme (péritonite sous diaphragmatique circonscrite) peuvent encore, en abaissant le foie, le faire paraître hypertrophié.

Dans d'autres circonstances, un météorisme considérable de l'estomac ou des intestins, refoulant le foie sous les fausses côtes, pourra en simuler l'atrophie ; certaines malformations congénitales (atrophie d'un lobe, foie trilobé), ou acquises (foie cordé de Frerichs, par abus d'un corset trop serré), pourront en imposer pour les déformations pathologiques du cancer, des kystes ou de la syphilis.

Il faudra encore écarter d'autres causes d'erreur possibles avant d'admettre l'affection hépatique et songer aux abcès migrateurs venus des vertèbres dorsales atteintes de mal de Pott, aux cancers de l'épiploon, au cancer du rein droit, aux tumeurs de l'ovaire, qui, d'ailleurs, amènent surtout le développement de la région sous-ombilicale et pour le dignostic desquelles le toucher vaginal sera indispensable.

Enfin nous ne parlons que pour mémoire des difficultés réelles que peut opposer à l'exploration l'épaisseur et l'adiposité des parois de l'abdomen et la contraction des muscles abdominaux ; pour vaincre cette dernière on ne devra jamais négliger de faire ouvrir la bouche au malade et de lui faire mettre les cuisses dans la demi-flexion, en l'engageant à lever les genoux pendant qu'on palpe, Un petit artifice de palpation, qui nous a souvent rendu service pour l'appréciation de la consistance du foie consiste, après avoir commencé à déprimer doucement la paroi abdominale avec l'extrémité des doigts, à continuer brusquement, quoique sans brutalité, le même mouvement et à attendre le choc en retour qui ne manque pas de se produire.

Quand par la réunion de tous les signes que nous avons rappelés on en est arrivé à la conviction qu'il existe une affection organique du foie, il reste à en déterminer exactement la nature, cirrhose, lithiase, cancer, kyste, etc. On comprend qu'il nous est impossible de passer en revue dans un article aussi général les symptômes particuliers à chacune de ces maladies ; nous les avons indiqués déjà pour la cirrhose, nous le ferons bientôt pour la lithiase. Mais en tout cas, nous croyons que le plus important sera fait, quand on sera certain que c'est dans le cercle des affections hépatiques que l'inconnue clinique devra être cherchée. Sans doute à une période avancée de

n'importe quelle affection vulgaire du foie, aucun médecin digne de ce nom ne se trompera; mais alors, bien souvent, il est trop tard pour instituer une thérapeutique fructueuse. Ce qui est vraiment utile et honorable pour un clinicien, c'est d'arriver à soupçonner l'apparition d'une maladie aussitôt que possible, et lorsqu'il y a encore quelque chose à espérer d'un traitement bien dirigé. A ce point de vue nous serions heureux que cet essai imparfait de séméiotique générale pût rendre quelques services à nos lecteurs.—*Le Concours médical.*

PAUL GERNE.

—

Diagnostic de l'urémie. — Traitement des néphrites.—*Suite et fin.*—A propos de la fièvre typhoïde il est pourtant une distinction utile à faire: nous avons signalé dans un précédent article sur cette maladie que l'albuminurie qui l'accompagne relève parfois d'une véritable néphrite. Il n'y a donc pas lieu de s'étonner que l'urémie puisse apparaître dans le cours d'une typhoïde; un interne très distingué des hôpitaux, M. E. Gaucher, vient d'en publier un cas instructif où les accidents urémiques se caractérisèrent par une dyspnée sans râles et des attaques épileptiformes.

Parmi les empoisonnements, il faut avoir en vue ceux qui sont causés par le plomb, l'opium, la belladone, l'alcool.

L'encéphalopathie saturnine se montre chez un sujet exerçant une des professions où on manie le plomb, peintre, typographe, etc.

On pourra trouver le liseré gingival caractéristique, la pâleur des téguments habituelle aux saturnins; l'encéphalopathie plombique affecte les deux formes convulsive et comateuse. Mais il ne faudra pas perdre de vue que les vieux saturnins sont souvent atteints de néphrite interstitielle, et par conséquent ne pas rejeter uniquement la possibilité de l'urémie parce qu'on aura constaté le saturnisme.

Le narcotisme dû à l'opium et le coma alcoolique s'accompagneront, soit de rétrécissement de la pupille, de dysurie, soit d'une odeur d'alcool exhalée par l'haleine, de sueurs profuses. L'épilepsie absinthique, en l'absence de renseignements sur les ingesta, pourrait être une cause d'erreur difficile à éviter.

Enfin l'empoisonnement par la belladone qui détermine surtout du délire, et dans lequel on peut rencontrer l'anurie, cause aussi une dilatation de la pupille, des éruptions scarlatiniformes; dans tous ces cas nous n'hésiterions pas pour asseoir le diagnostic à pratiquer le cathétérisme, s'il était impossible

de se procurer autrement de l'urine des malades. Le diagnostic peut, dans de telles circonstances, être d'un intérêt capital au point de vue médico-légal ; car des accidents urémiques ont fait croire à tort à des empoisonnements.

E. La forme exceptionnelle d'urémie, dite ARTICULAIRE, pourrait être prise pour un rhumatisme cérébral, si aux manifestations asthralgiques se joignaient des phénomènes délirants, convulsifs ou comateux.

On n'en finirait pas s'il fallait énumérer tous les cas extraordinaires où le diagnostic ne peut être fait.—A la dernière période des maladies du cœur, il y a albuminurie, délire monotone, nocturne ; dira-t-on urémie délirante ? La constatation d'une affection du cœur ne prouve rien, car il y a des endocardites brightiques. Mais les caractères du souffle prouvent qu'on a affaire à une lésion valvulaire ancienne ; l'urée n'est pas diminuée notablement, il y a des congestions viscérales multiples.

—Dans le cours de la maladie de Bright, notamment de la néphrite interstitielle, les malades peuvent être paralysés d'un membre avec embarras de la parole, tendance aux pleurs et affaiblissement intellectuel. Ces accidents ne sont pas imputables à l'urémie dans laquelle l'absence de toute paralysie motrice est, au contraire, caractéristique ; on doit rattacher ces symptômes aux lésions des artères cérébrales, à l'artériosclérose encéphalique qui accompagne la même lésion des artères rénales (Lancereaux, Lécorché).

F. L'URÉMIE RESPIRATOIRE à forme dyspnéique ne devra pas être confondue avec une attaque d'*asthme* ; celle-ci se montre, il est vrai, chez des sujets goutteux qu'on peut suspecter aussi de néphrite ; mais son début constamment nocturne, l'abondance des râles ronflants et sibilants qui la suivent, l'intensité extrême de la dyspnée, et sa courte durée, éviteront une erreur, d'autant plus grave en pareil cas, que la morphine, souveraine contre l'accès d'asthme, est formellement contre-indiquée chez un urémique.

La *dyspnée polypnéique* des hystériques qui augmente quand on s'approche des malades, et diminue quand on en s'éloigne n'en imposera pas pour la respiration de Cheyne-Stokes dont nous décrivions la dernière fois les caractères.

Un jour, chez une malade convalescente de scarlatine qui présentait de l'albuminurie, nous avons conçu quelque crainte en la trouvant avec une dyspnée de ce genre ; mais peu après, la diminution graduelle, puis la disparition complète de l'albumine, coincidant avec l'asparition de manifestations franchement hystériques, venaient nous délivrer d'inquiétude.

Loin de nous la prétention d'avoir passé en revue toutes les difficultés de diagnostic que fait naître cet.e curieuse affection, si souvent larvée, l'urémie. Ainsi il faudrait encore distinguer l'urémie vraie, consécutive aux néphrites, des accidents d'*ammoniémie* ou d'empoisonnement urineux que peut faire naître tout obstacle à l'excrétion de l'urine déjà sécrétée et contenue dans le réservoir urinaire : les symptômes constatés dans ces cas sont de la fièvre plus ou moins intermittente, des frissons prolongés, des vomissements et de la diarrhée, la langue sèche et dépouillée, si bien nommée par le professeur Guyon : *langue urinaire*, un état typhoide, des convulsions fréquentes, l'haleine ammoniacale, etc.

L'urémie *gastro-intestinale* pourrait momentanément faire songer, par l'abondance des vomissements, aux crises gastriques de l'ataxie locomotrice et de l'hystérie ; mais pareille erreur se dissiperait bientôt ; on serait, jusqu'à un certain point, plus excusable de penser, dans quelques cas à une gastrite chronique ou à une néoplasie cancéreuse de l'estomac.

III

C'est avec grande raison, suivant nous, que M. Labadie-Lagrave, dans un remarquable travail en cours de publication, place en tête de l'étude des médications, celles qui sont dangereuses et dont il faut s'abstenir. Le rein étant par excellence l'organe d'élimination, toute substance capable d'irriter par son passage ses éléments anatomiques doit être soigneusement proscrite du traitement des néphrites. Fait plus grave encore, l'accumulation dans l'économie des médicaments, que le barrage rénal ne laisse plus passer assez rapidement, ne tarde pas à transformer ceux-ci en poisons, fussent-ils même administrés à doses non toxiques d'ordinaire.

En premier lieu il convient donc de ne pas recourir aux principaux agents de la médication dite révulsive. Les vésicatoires sont condamnés par tous les praticiens dans la néphrite aigue ; il n'est pas difficile de s'expliquer leur funeste action, quand on connaît les récentes experiences de M. Cornil : une heure après l'application d'un vésicatoire à des lapins, l'absorption et l'élimination de la cantharidine a déjà produit des lésions anatomiques appréciables dans les glomérules du rein ; l'accord est moins complet au sujet de leur emploi dans les néphrites chroniques. M. Labadie-Lagrave les considère comme pernicieux dans tous les cas, tandis que pour M. Dujardin-Beaumetz, dans les périodes avancées de la maladie de Bright, on peut sans inconvénient en appliquer sur la région lombaire.

Il convient de rejeter aussi les applications iodées, surtout chez les enfants, M. J. Simon ayant montré que, chez eux, quelques jours de badigeonnage avec la teinture d'iode sur la peau suffisent pour faire apparaître l'albuminurie.

Si l'on veut absolument révulser, il faut user, soit de la pommade de Gondret, soit de ouate imbibée d'ammoniaque et appliquée dans un dé à coudre ou un verre sur le point du tégument choisi.

En fait d'émissions sanguines, cinq à six ventouses sacrifiées ou quelques sangsues sur la région rénale sont indiquées au début des néphrites franchement aiguës avec douleurs intenses; la saignée générale n'a de raison d'être que dans certains accidents urémiques menaçant immédiatement la vie.

Dans tout autre cas il serait insensé d'anémier un sujet qui, par sa maladie même, ne sera que trop vite jeté dans une anémie profonde.

Pour continuer l'énumération de ce qu'il ne faut pas faire, l'opium, la belladone, et surtout leurs alcaloïdes, morphine et atropine, la strychnine, les mercuriaux sont susceptibles d'engendrer de graves accidents. Il y faut joindre, suivant M. Labadie-Lagrave, la fuchsine et la nitro-glycérine, dont l'efficacité sujette à caution ne peut compenser les inconvénients auxquels expose leur emploi.

Nous ne passerons pas en revue les nombreuses médications qui ont été tour à tour employées, soit par empirisme, soit d'après des données théoriques plus ou moins justifiables, pour combattre la cause même du mal.

On peut les répartir en deux catégories: 1° Les médecins qui, partisans de la théorie humorale, voient dans l'albuminurie le résultat d'une altération du sang, ont préconisé les acides et les astringents (acides nitrique, gallique, tannique, per chlorure de fer); les inhalations d'oxygène, l'arnica.

2° Ceux qui placent dans le rein la cause première de tous les accidents, ont vanté les iodures de potassium, de calcium, d'amidon et même la cantharidine.

En fait, ces médications n'ont guère donné de succés avérés qu'entre les mains de leurs inventeurs; il faut avouer que la thérapeutique rationnelle des néphrites doit être, avant tout diététique et symptomatique, se bornant à combattre les manifestations les plus menaçantes pour le malade. Avec ce seul objectif on a encore beaucoup à faire.

Diététique : 1° Eviter tout ce qui peut congestionner l'appareil rénal, l'exposition au froid, les appartements humides, les excès de table, les boissons alcooliques.

2° Le régime lacté doit, sans contradiction, constituer la

base du traitement; déjà vanté par les anciens, remis en honneur par Chrestien (de Montpellier) et Serres (d'Alais), le lait présente dans les affections rénales de nombreux avantages. — Bien différente de l'albumine du blanc d'œuf qui s'élimine presque en totalité du sang par le rein, la caséine transformée directement en peptone (Gubler) est assimilée d'emblée sans résidu appréciable; le lait est donc un reconstituant de premier ordre. Par sa constitution aqueuse et sa minéralisation, c'est un diurétique qui n'irrite point le filtre rénal; dans la néphrite parenchymateuse, il lave les tubuli en entraînant les débris épithéliaux dégénérés qui les obstruent, dans l'interstitielle, il réduit au minimum le travail dépurateur du rein, puisqu'il supprime les déchets de l'organisme (Rendu). Aussi importe-t-il de manier habilement ce précieux agent en évitant la satiété qui peut résulter de son emploi.

Lancereaux ordonne le lait d'ânesse ou de vache, trait depuis au moins douze heures et soigneusement écrêmé, chaud, froid ou tiède au gré du malade; on commencera par deux litres bus par verres et à petites gorgées, en quatre fois et à intervalles égaux dans la journée. On augmentera progressivement jusqu'à quatre et six litres en supprimant tout autre aliment, suivant la tolérance du malade, et on ajoutera au lait, selon le besoin, eau de Vichy, eau de chaux, magnésie calcinée ou quatre à dix grammes de chlorure de sodium par litre.

3° Quand on cessera la diète lactée, on pourra donner d'abord de la viande crue, puis les végétaux; comme boissons, on proscrira eau-de-vie, liqueurs, bière; on permettra les vins rouges, surtout ceux qui renferment pas mal de tannin.

4° Il est bon que la peau fonctionne; des frictions sèches, une sudation modérée sont indiquées. Nous sommes beaucoup moins portés à encourager la pratique des bains de vapeur et de l'hydrothérapie dont on s'enthousiasme en Allemagne et en Italie; il est bien difficile, en effet, par ces méthodes d'éviter le refroidissement brusque de la peau et la congestion rénale qui en est la conséquence, de sorte que la moindre négligence est suivie d'une aggravation dans l'état du malade.

Le traitement proprement dit s'adresse aux symptômes: aux hydropisies, on oppose les *purgatifs* en commençant par les plus doux et en recourant graduellement aux plus énergiques, lorsqu'apparaissent les accidents urémiques graves: salins (Gubler); drastiques (Martin-Solon); éméto-cathartiques (Garcia y Alvarès).—On attendra de bons effets des *diurétiques*, malgré l'anathème formulé contre eux par Campbell black.— "Mieux vaudrait ordonner à un homme atteint de pneumonie double de faire une course de 3 milles à pied, que-

de donner des diurétiques aux malades atteints de néphrite." On préférera les sels de soude et de potasse, l'acétate surtout; la digitale n'est indiquée que dans les cas d'insuffisance cardiaque; sinon il faut en redouter les effets cumulatifs.

Parmi les *sudorifiques*, le nitrate de pilocarpine en injections hypodermiques à la dose de un centigramme a donné de bons résultats (Huchard).

Contre les *accidents urémiques* proprement dits, dès qu'ils viendront à se montrer, on agira énergiquement. Les *vomissements* exclusivement aqueux peuvent être jusqu'à un certain point respectés, puisqu'ils constituent une voie d'élimination supplémentaire des matières excrementielles; les vomissements alimentaires doivent être combattus par la diète lactée absolue, les boissons gazeuses, la glace en menus fragments, le champagne.

Les *convulsions* indiquent la saignée générale, les inhalations de chloroforme, l'hydrate de chloral en lavements.

Contre le *coma* les injections sous-cutanées l'éther à la dose d'une demi seringue de Pravaz toutes les deux heures, jusqu'à ce que le malade sorte de sa torpeur; puis inhalations d'oxygène et administration de caféine (O. 20 centigrammes dans une infusion de thé et de café).—*Le Concours médical.*

—

Traitement de l'hémoptysie chez les tuberculeux, par le professeur JACCOUD.—Il faut distinguer l'hémoptysie des périodes initiales de l'hémoptysie tardive intracavitaire.

I. *Hémoptysie de périodes initiales.*—Le caractère apyrétique ou fébrile de l'hémoptysie sert de base à la thérapeutique et au pronostic. Dans tous les cas, il y a des règles qu'il convient de mettre en pratique. La température sera fraîche; le malade sera couché sur un lit de crin, jamais sur la plume, et il sera plutôt assis que couché; on lui donnera des boissons glacées de la limonade sulfurique; et dans l'intervalle, il avalera des fragments de glace en nature; enfin, les mouvements et la parole seront, autant que possible, interdits.

II. *Hémoptysie apyrétique.*—Si elle est de moyenne intensité, on n'a recours qu'aux moyens simples: on donnera, par exemple, dans une potion 2 à 4 grammes d'extrait de ratanhia, ou 30 gouttes de perchlorure de fer, ou mieux encore une potion avec 1 à 2 grammes d'acide tannique.

Si l'hémoptysie n'est pas arrêtée après 48 heures, il faut changer la ligne de conduite et de faire appliquer, matin et soir, des ventouses sèches en grand nombre sur les parois tho-

raciques. 30 à 40 au moins : on y joint un grand vésicatoire sur le devant de la poitrine et on donne de l'opium à haute dose, sous forme de pilules d'extrait thébaïque de 2 centigrammes, toutes les heures ou toutes les demi-heures : on s'arrête au narcotisme. Leur effet est puissant et se fait sentir assez vite.

Si l'hémorrhagie devient inquiétante par son abondance, on peut faire des inhalations de perchlorure de fer à 4 p. 100 ou des pulvérisations pendant 8 à 10 minutes. Mais, ce qu'il y a de mieux, ce sont les injections sous-cutanées d'ergotine faites avec la préparation suivante :

Ergotine	gr xv
Glycérine	ʒi
Eau distillée	ʒi
Eau de laurier-cerise	ʒss

La seringue de Pravaz contenant 1 gr. 10 de liquide, soit 0.11 d'ergotine, on fera deux ou trois injections, quelquefois quatre dans la journée.

B. *Hémoptysie fébrile.*—Elle se présente avec un caractère congestif, chez les individus robustes qui ne sont pas encore arrivés à l'état de consomption. On peut commencer par une saignée plus ou moins abondante dont le résultat heureux est très rapide ; mais il est rare qu'on puisse employer ce moyen. Après la saignée vient l'ipéca que l'on fait prendre par 0,10 tous les quarts d'heure tout d'abord, puis toutes les demi-heures, enfin toutes les heures, en se réglant bien plus sur l'état nauséeux. Il est inutile, et même fâcheux, d'avoir des vomissements, à cause des secousses qu'ils provoquent. Ce qu'il faut éviter surtout, c'est le collapsus, et pour cela il faut interroger le pouls toutes les heures. La tartre stibié le produit plus souvent, de même que la diarrhée : à part cela, il a les mêmes effets que l'ipéca, pris à dose fractionnée de 1 à 2 centigrammes. Si l'on ne peut le maintenir, on a recours à l'ergotine ou au seigle ergoté qui se donne par prises de 0,40 ou 0,50 toutes les deux heures, jusqu'à sensation de fourmillements dans les membres inférieurs. En même temps, ventouses et vésicatoires. La digitale se donne peu, à cause de son action sur le cœur dont elle exagère les contractions, condition fâcheuse chez un hémoptoïque congestif. Il n'en est pas de même du sulfate de quinine que l'on prend à la dose de 1 gr, 50 ; le bromhydrate se donne aussi à la dose de 2 gr., quand il y a beaucoup de fièvre.

II. *Hémoptysie tardive,*—Due à la rupture d'un vaisseau dans

l'intérieur d'une caverne, elle est plus difficile à arrêter. D'emblée, on a recours aux ventouses sèches, aux injections d'ergotine, aux inhalations de perchlorue de fer. Si on a une ventouse de Junod, c'est le cas de l'appliquer. On peut couvrir la poitrine de glace, suivant la méthode allemande, en la renouvelant souvent ; mais la gravité et l'abondance de ces hémorrhagies ne permettent pas ordinairement de les traiter à temps: elles sont donc presque toujours mortelles, sinon la première, du moins la deuxième ou la troisième, car elles se succèdent rapidement.—*Le Médecin Praticien.*

—

Des éruptions médicamenteuses.—Nous croyons devoir mettre sous les yeux de nos lecteurs le tableau suivant des éruptions plus ou moins manifestes et constantes que peuvent produire certains médicaments.

Quinine: Erythème scarlatineux. Erythème papuleux (Kohner). Hémorrhagie et purpura (gauche). Pemphygus, œdème ot prurit (Kigu).

Cinchonine, belladone, stramoine, strychnine: les mêmes manifestations que précédemment.

Digitale: Erythème à la suite d'un usage prolongé (Traube).

Aconit: Exanthème vésiculeux.

Santonine: Pemphygus, vésicules (Deschamps).

Opium et morphine: Erythème (Apolan); éruption papuleuse avec forte desquamation et prurit.

Pilocarpine: Augmentation des sueurs.

Atropine: Diminution de la sueur.

Phosphore: Purpura.

Mercure (usage interne) : Erythème (Kalus, Zaissi, Gamberini) ; eczéma (Aley, Fournier, Gamberini).

Arsenic: Erythème et papules (Imberts-Gourbayre) ; vésicules et pustules (Bazin, Raymondi, Gamberini).

Acide phénique; Erythème (Taourschis); pemphygus (Zaissi).

Acide salicylique: Purpura (Freudemberg); angine vésiculeuse, pemphygus.

Chlorathydrate: Erythème peu coloré, prurit, desquamation, purpura et pétéchies (Crichton et Brown) ; eczéma crofteux et squames (Kirn).

Baume de copahu, cubèbe et thérebentine: Pemphygus, érythème, eczéma (Renter).

Huile de foie de morue: Acné.

Iodure de potassium: Papules, vésicules (Bumstead, Gam-

berini) ; pustules, ecthyma, eczéma (Landrieux) ; ecchymoses et purpura (Tilbury Fox).

Bromure de Potassium : Papules et pustules, tubercules profonds avec ecchymoses, pemphygus, ulcères. — *Le Siècle Médical.*

Durée d'incubation des maladies contagieuses.— Le Dr Richardson range les maladies en cinq groupes, suivant que l'incubation est :

1. *Très-courte.*—De un à quatre jours : choléra, pustule maligne, peste, plaies anatomiques.
2. *Courte.*—De deux à six jours : scarlatine, roséole idiopathique, diphthérie, dengue, érysipèle, fièvre jaune, pyohémie, grippe, coqueluche, morve, farcin, croup, fièvre puerpérale.
3. *Moyenne.*— De cinq à huit jours : fièvre à rechute, gonorrhée, vaccine, variole inoculée.
4. *Longue.*—De dix à quinze jours : variole, varicelle, rougeole, typhus, fièvre typhoïde, oreillons, malaria.
5. *Très-longue.*—De quarante jours et plus : syphilis, hydrophobie.—*Le Siècle Médical.*

PATHOLOGIE ET CLINIQUE CHIRURGICALES.

Pansement antiseptique des abcès, par le Dr Lucas Championnière.—Avant d'ouvrir un abcès, quelle que soit la région qu'il occupe, on lave soigneusement la peau, surtout si elle a été recouverte d'un cataplasme, avec une solution phéniquée forte : acide phénique cristal., 50 gram. ; glycérine, 50 à 75 gram., eau 1000 gram. Le bistouri dont on se sert doit également avoir été trempé dans l'eau phéniquée. On vide l'abcès et on injecte dans sa cavité la solution ci-dessus, en ayant soin que le liquide injecté puisse sortir librement. On introduit dans la plaie un bout de tube en caoutchouc, qui puisse être extrait à l'aide d'un fil, et on le couvre d'un épais gâteau de charpie imprégné de la solution suivante : acide phénique cristal, 25 gram., glycérine, 25 gram., eau, 1000 gram. Enfin par dessus le tout, on dispose une feuille de taffetas gommé, convenablement fixée.—Au bout de vingt-quatre heures, on retire le tube pour le laver et le raccourcir, et on le recouvre d'un autre gâteau de charpie imprégné de

la dernière solution phéniquée.—Sous l'influence de ce traitements, la suppuration est amoindrie, la rougeur des plaies est insignifiante, et les cicatrices sont beaucoup moins apparentes. L'auteur le recommande pour les abcès du sein.—*Le Médecin Praticien.*

—

Loupes du cuir chevelu ; préférence donnée au traitement par embrocation ou procédé de Jobert; exemples des heureux résultats obtenus par ce moyen.—Jobert de Lamballe opérait les loupes par l'opération qui paraît la plus simple et à laquelle ne manquait que la sécurité. M. Championnière a vu l'érysipèle chez des opérés de Jobert. Il consiste à fendre d'un seul coup de bistouri toute la tumeur, peau et kyste avec une pince et à l'enlever d'un seul coup. Il appelait cela de l'embrochement.

Arrivé à cette conviction que l'érysipèle ni l'infection purulente ne sont à redouter avec le pansement de Lister, M. Championnière a fait de l'opération de Jobert la base de sa pratique, et l'a appliquée déjà un grand nombre de fois. Cette méthode est appelée à rendre les plus grands services, mais à une condition toutefois, c'est qu'on prendra une série de précautions minutieuses pour en assurer la perfection.

Il faut d'abord opérer avec sécurité, puis il faut atteindre la perfection du résultat opératoire, deux choses impossibles avec les vieilles opérations.

S'il s'agit d'un homme et si les tumeurs sont de médiocre volume, les cheveux étant rasés autour de la tumeur ou coupés très courts, on savonne la tête ou on la avec l'eau de Panama (Quilaya saponaria), puis avec l'eau phéniquée forte. On embroche alors la tumeur à sa base et on la fend d'un seul coup de bistouri, avec deux pinces à griffe ou une pince à dissection et une pince à griffe, on saisit la paroi du kyste et on l'attire à soi; quelques tractions ou quelques coups de spatule suffisent à faire l'énucléation.

Autrefois M. Championnière s'est contenté de ce procédé opératoire, et opéra en 1876, à l'hôpital de Lariboisière, un homme possédant treize loupes en deux séances. L'embrochement terminé, on lava la plaie avec l'eau phéniquée forte, puis on appliqua du protectine sur chaque plaie linéaire, de la gaze phénique par-dessus, et le malade guérit très-vite. Toutes les autres précautions de la méthode de Lister étaient observés.

Mais, pour peu que la loupe ait un certain volume, toute la longueur de l'incision donne une croûte épaisse; la réunion n'est pas exacte. Il s'accumule souvent un peu de sérosité

sous la peau de la poche restante. Aussi, depuis longtemps il applique aux opérations de loupes toutes les habitudes de la méthode de Lister, la suture et le drainage. Après ablation des loupes moyennes, il place deux points de suture; il glisse dans la cavité opératoire un très petit tube de caoutchouc ou un fragment de protectine sert très bien de drain. Si la cavité traumatique est volumineuse, il met un bon tube à drainage et et multiplie les sutures suivant les besoins. Après ablation d'une de ces tumeurs très volumineusess, il met jusqu'à sept points de suture. Le tube à drainage et les points de suture doivent être enlevés le plus rapidement possible, au bout de quarante-huit heures ou de trois jours au plus tard. En laissant plus longtemps ces pièces, il y a une durée plus grande de la réparation. Il a fait la suture avec du fil d'argent, du crin de Florence, du catgut. Il recommande d'éviter le fil d'argent douloureux à retirer et coupant trop vite les tissus. Le catgut est un bon moyen, mais il faut le couper sans attendre sa dissociation trop tardive; les tissus ont besoin d'être relâchés dans les quarante-huit heures, surtout les téguments du crâne. Là, comme en tout endroit, le crin de Florence (crin des pêcheurs) lui parait le meilleur agent de suture.

Tout récemment il a eu l'occasion d'appliquer ces préceptes chez trois femmes qui se sont trouvées simultanément dans la salle Richard-Wallace.

La première portait une seule loupe occupant la ligne médiane; ici l'opération était simple. Sans que la malade fût endormie, la tumeur a été traversée d'un coup de bistouri et énucléée. Points de sutures. La guérison a été très rapide.

Les deux autres malades présentaient des conditions beaucoup plus complexes. Une femme de soixante ans, au nº 15 de la salle Richard-Wallace, présentait sept loupes: trois très volumineuses, deux de médiocre volume et trois petites. La plus volumineuse datant de plus de vingt ans, située à la partie postérieure latérale droite de la tête, avait le volume d'une orange; deux autres accolées en avant au sommet de la tête, avaient le volume d'un gros œuf. Autour et même sur les tumeur existaient des cheveux abondants.

Le 7 juin, la malade étant chloroformisée, la plus grosse tumeurs est circonscrite par une grande incision, de façon à exciser toute la peau exubérante. En un point, la tumeur est très amincie; une incision faite pour rendre l'énucléation plus facile donne issue à une grande quantité de liquide séreux mêlé de matière sébacée. La tumeur est assez difficile à détacher du crâne en arrière. Deux des autres tumeurs sont encore enlevées avec excision d'un portion de téguments.

Deux autres sont encore enlevées par transfixion, sans excision de peau. Cela fait, les surfaces traumatiques dénudées forment une telle étendue que M. Lucas Championnière juge prudent de remettree à une autre séance l'ablation des dernières tumeurs. La plaie de la plus grosse est réunie par cinq points de suture avec gros drain; les deux suivantes reçoivent deux et trois points de suture et un drain, les deux dernières un point de suture et pas de drain. Lavage phéniqué fort abondant, pansement de Lister très large.

Le 8, pansement, ablation de la moitié des points de suture, raccourcissement des drains. Le 9, ablation de tout drain et point de suture. Le 16, la cicatrisation est complète.

Le 22, sans anesthésie, les deux tumeurs restantes sont enlevées, deux points de suture sur chaque tumeur.

Sortie le 4 juillet, la guérison est complète depuis plusieurs jours.

Au nº 3, une femme de soixante-dix ans a présenté la répétition des mêmes phénomènes. Elle ne portait que deux loupes, mais l'une avait le volume d'une grosse tumeur à peu près comme dans le cas précédent. Sept points de suture et drain. Pour la petite tumeur, pas de points de suture. Pansement le lendemain. Le 24, ablation du drain et de sept points de suture. Sortie le 1er juillet, après guérison complète.

Ces deux dernières malades étaient fort intéressantes à cause du volume énorme des tumeurs et de quelques circonstances qui permettent bien d'établir des règles opératoires.

Lors de l'ablation des grosses loupes, l'extirpation de la poche est parfois très difficile, et il serait bon d'être muni de pinces larges et plate. Quand les loupes sont très grosses, il est sage de réséquer une partie de la peau, mais non pas toute la peau qu'il semblerait nécessaire de supprimer. La peau du cuir chevelu se rétracte vite et bien.

Il n'est pas nécessaire de couper les cheveux. Dans ces deux cas, les cheveux abondants furent bien conservés; mais faut être très attentif à faire un bon lavage phéniqué, à chaque pansement; à toucher à l'eau phéniquée les caillots de sang incrustés dans la chevelure; à mettre un pansement aussi large que possible en enveloppant le cuir chevelu tout entier.

Il parait téméraire de mettre les points de suture, et cependant ils jouent un rôle excellent pour la rapidité de la guérison.

L'anesthésie est nécessaire, surtout quand les tumeurs sont anciennes; dans ces cas, l'énucléation est quelquefois laborieuse.

Faire couler la matière sébacée dans le tissu cellulaire n'a pas d'inconvénients si la plaie est ensuite bien lavée. Ladivision préalable des tumeurs en deux rend l'opération rapide et facile.

Les opérations précédentes ont été faites avec le pansement de Lister complet, dans une salle encombrée de brancards, et où plusieurs érysipèles se sont montrés chez les femmes atteintes de lésions insignifiantes et non couvertes du pansement de Lister.

Ces détails sont intéressants à connaître en ce qu'ils donnent une marche à suivre pour une opération dont la nécessité peut se présenter chaque jour, et que le chirurgien doit aujourd'hui pratiquer partout sans danger.—*Le Médecin Praticien.*

—

Traitement des hémorrhoïdes par les applications de glace.—Aujourd'hui on est loin de l'idée, émise par Hippocrate, des bons effets des hémorrhoïdes sur la santé, de leur utilité chez les mélancoliques, de leur influence préventive sur le développement des pleurésies, des pneumonies, et même de la folie.

A. Paré admettait les mêmes opinions sur les qualités mélancoliques et atrabilaires des humeurs qui s'y rendent; Stahl rejeta les qualités atrabilaires du sang hémorrhoïdal, mais il considérait les dilatations variqueuses du rectum comme un diverticulum capable de prévenir les accidents de la pléthore. Bérard a démontré que ces théories constituent autant d'erreurs de l'antiquité. Il est aujourd'hui bien peu de praticiens qui acceptent encore la théorie des hémorrhoïdes salutaires, des hémorrhoïdes internes à flux périodique. Les critiques si judicieuses de Gosselin ont dissipé les dernières croyances à ces préjugés hypthétiques, et l'ablation des hémorrhoïdes est pratiquée journellement sans aucun retentissement sur la santé.

Chez les millitaires, les hémorrhoïdes ne peuvent que s'aggraver par les fatigues de la marche, ou l'exercise du cheval, Par suite d'une excitation plus ou moins directe, d'une congestion réitérée, elles peuvent occasionner des bourrelets volumineux, la procidence du rectum, des abcès hémorrhoïdaux, si bien décrits par J. L. Petit; devenir le siège d'ulcérations, de suintements fétides, de gerçures de fissures très douloureuses; provoquer, à la rigueur, une infirmité incompatible avec le service militaire, et entraîner la réforme, lorsqu'on a épuisé toutes les ressources des traitements palliatifs, car on peut contraindre un militaire, pour le conserver dans l'armée à subir

une opération délicate, douloureuse, toujours grave, pouvant compromettre la vie. Dans cette région, la suppuration est une menace d'infection purulente; les hémorrhagies et la phlébite n'y sont pas rares.

Le genre de vie de l'officier n'est pas compatible avec un traitement palliatif; il est obligé, pour ne pas abandonner la carrière, d'affronter l'imprévu d'une opération très douloureuse. Les ressources que l'art met à sa disposition se réduisent à l'écrasement linéaire, procédé de Chassaignac, la pince porte-caustique d'Amussat la pince-cautère écrasante de Richet, la galvanocaustique de Broca ou Verneuil, la cautérisation au fer rouge. Sans être pusillanime, ce tableau n'est pas engageant; en outre de l'excessive douleur qui nécessite l'emploi du chloroforme, il peut en résulter des brides cicatricielles des plus gênantes, et occasionner même une véritable infirmité.

Il y a environ un an, je dus donner des soins à un officier hémorrhoïdaire, retenu dans sa chambre par un tumeur tendue, turgescente, élastique, extrêmement douloureuse, du volume d'une noix, formée par des hémorrhoïdes internes, étranglées par le muscle sphincter.

Le taxis ne peut être pratiqué, à cause de la douleur; l'eau de savon, les compresses d'eau froide, les lotions saturnines, le badigeonnage avec une solution de perchlorure de fer, ne donnèrent d'autre résultat qu'une diminution de l'irritation et de la sensibilité.

Le malade demandait à être débarrassé le plus tôt possible par un autre moyen que l'opération. Je songeai alors à appliquer au traitement de cette tumeur hémorrhoïdale l'idée de Leroy d'Etiolles pour le traitement de l'anévrisme, non pas suivant la méthode de Pravaz, (de Lyon), ou de Pétrequin pour les varices, en injectant de perchlorure de fer, mais de provoquer, par la réfrigération des vaisseaux hémorrhoïdaires, une coagulation hémoplastique de la petite masse de liquide, *isolée* du torrent circulatoire.

Pour atteindre ce but, je pédiculai la tumeur en passant, après quelques difficultés, un morceau de linge, déchiré en ruban, autour de la base de la tumeur. J'étreignis ainsi le collet avec une tension suffisante pour déterminer *stase* sanguine à l'intérieur de la tumeur; puis j'enroulai le ruban deux ou trois fois autour du pédicule, *sans le nouer*. La tumeur devint rénitente comme une balle de caoutchouc. Un morceau de glace, saisi avec les doits entourés d'une compresse, fut promené lentement autour de la surface de la tumeur, de manière à la réfrigérer dans toutes ses parties à la fois. Le malade accusa bientôt un sentiment de brûlure, qui n'atteignit pas le caractère d'une impression douloureuse.

La tumeur pâlit rapidement, diminua de volume, et sa surface se couvrit de rides. Au bout de vingt minutes, elle était ferme, dure froide au toucher ; les téguments paraissaient avoir considérablement augmenté d'épaisseur. Le malade resta couché sur le ventre environ une demi-heure ou trois quarts d'heure ; après ce laps de temps, le ruban fut déroulé autour du pédicule ; la tumeur était moins froide, moins pâle, aussi ferme qu'auparavant et rentra aussitôt Il ne resta au dehors qu'une sorte d'induration près de la marge de l'anus. Le lendemain, l'officier reprit ses exercices déquitation. Sa tumeur n'a plus reparu.

Encouragé par ce succès, j'ai employé à des époques différentes ce même moyen de traitement sur deux autres officiers. L'un avait une hémorrhoïde externe sur le bord externe gauche de l'anus. L'autre présentait une tumeur formée par deux kystes contigus, située sur le bord de l'anus, au-dessus du coccyx. Ces hémorrhoïdes recouvertes d'une peau mince et fine apparaissaient sous l'aspect de tumeurs d'un bleu foncé, élastiques, noueuses, disparaissant en partie sous la pression, mais revenant aussitôt à leur état primitif, dès que cette pression était discontinuée. La douleur qu'elles occasionnaient était suffisante pour nécessiter une exemption de service.

Dans chacun de ces cas, la tumeur fut pédiculée et réfrigérée par le même moyen. Le résultat fut *immédiat ;* ces deux malades purent reprendre leur service le lendemain. Il restait une nodosité sur la marge de l'anus, qui s'est progressivement résorbée. J'ai eu occasion un jour de voir dans son lit, pour un autre motif, un de ces officiers, que j'avais traité depuis trois ans environ ; il avait encore une petite nodosité du volume d'un pois chiche ; il m'a declaré n'avoir jamais été incommodé par ce " *durillon* ".

Ce traitement a l'avantage de ne pas être douloureux, par conséquent de pouvoir être appliqué sans chloroformer le malade, chose toujours sérieuse lorsqu'on veut obtenir une résolution complète : de donner un résultat immédiat, sans exiger de nombreux pansements consécutifs et une longue série de jours à l'hôpital ; enfin de pouvoir être employé sur tous les militaires, puisqu'il ne comporte ni opération, ni chloroformisation. Il faut avoir soin de serrer suffisamment le cordon pour déterminer la stase sanguine, sans le nouer, pour pouvoir le délier facilement ; il est préférable de se servir d'un morceau de compresse, afin de ne provoquer aucune lésion sur les téguments. Ce traitement est applicable aux tumeurs érectiles, dont il serait possible d'entourer la base d'un lacet, pour amener la stase de la petite colonne de sang contenue, dans son intérieur, condition essentielle pour obtenir la coagulation et la guérison.

Dr Em. Gavoy.

A là très intéressante communication de M. Gavoy nous ajouterons quelques mots. Son énumération des opérations à opposer aux hémorrhoïdes est un peu incomplète; la dilatation la ligature, des injections d'acide phénique et pas mal d'autres moyens s'appliquent même sans chloroforme.

Le tableau qu'il a tracé des suites des opérations est trop noir; dans l'immense majorité des cas il n'y a point d'accidents secondaires. J'ai opéré un bon nombre de malades par l'écraseur, par le galvano-cautère, par le thermo-cautère: je n'en ai jamais vu succomber.

Les excellents résultats obtenus par un moyen très simple engageront certainement des praticiens à y recourir. Toutefois, si le procédé provoque une coagulation immédiate dans les vaisseaux, nous n'oserions pas laisser les patients reprendre immédiatement leurs occupations dans les jours qui suivent; on est en droit de redouter même des accidents graves de déplacements de caillots. L'expérience n'a-t-elle pas appris aux Américains qui traitent les hémorrhoïdes par des injections phéniquées qu'il y a imprudence à opérer sans prescrire le repos, comme on le faisait dans les premiers temps.—*Journal de Médecine et de Chirurgie.*

—

Arthrite sèche ou déformante du genou, avec dyscrasie calcaire. — La maladie dont nous parlerons aujourd'hui est une affection assez commune, qui a été beaucoup étudiée depuis quelque années.

Il s'agit d'un homme de 55 ans, exerçant la profession de coutelier, sans antécédants héréditaires ou personnels. Nous ne trouvons rien chez lui de constitutionnel: pas de rhumatisme, pas de tuberculose, pas de syphilis, pas de goutte. Il n'a eu aucune maladie dans son enfance. En 1854 il a été atteint du choléra, et en 1876 il a eu une pleurésie, de laquelle il a été parfaitement guéri.

Il y a 9 ans, cet homme a fait une chute sur le genou droit, il a un peu souffert à la suite de cet accident; mais il n'en a pas moins continué à travailler. Un certain gonflement sourd, peu accentué de l'articulation s'est produit peu à peu, qui dans les premières années le gênait médiocrement. Cependant, la tuméfaction ayant augmenté il y a trois ans, la marche étant devenue plus pénible, s'accompagnant en même temps de quelques douleurs, il s'est décidé à entrer, en 1878, à l'hôpital Saint-Antoine dans le service de M. Brouardel, où il a été traité par la compression ouatée élastique du genou.

Au bout de trois mois, il en est sorti un peu soulagé et a pu reprendre ses occupations.

Il en était là, éprouvant toujours de la gêne dans la marche, lorsque le 5 décembre 1879 — la date est parfaitement présente à sa mémoire — il a senti tout à coup, en marchant dans la rue, un craquement dans le genou, et immédiatement il s'est trouvé dans un état d'impotence absolue. Il est alors entré à l'hôpital Tenon, où il est resté jusqu'au mois de septembre dernier, date à laquelle il est venu dans mon service.

Tel est l'historique de la maladie articulaire dont il est atteint et qui a pour point de départ une chute sur le genou droit.

Cet homme est grand, il est assez maigre pour que sa peau paraisse trop grande pour les chairs qu'elle enveloppe ; il est pâle. Si l'on examine l'articulation malade on constate : une rotule sans changement de volume, ni de situation ; un genou déformé, plus volumineux, surtout à la partie interne, un certain degré de *genu valgum*, la jambe se porte en dehors. Le fémur présente une tuméfaction considérable du condyle interne dans tous ses diamètres, qui repousse le tibia en dehors, et près du rebord de sa surface articulaire, on sent une saillie en crochet formée par plusieurs ostéophytes qui augmentent la longueur de ce condyle. Quant au condyle externe, il ne présente rien de particulier.

Du côté du tibia on sent très-distinctement, à travers la peau amincie, le plateau articulaire élargi, son bord supérieur plus grand. un peu affaissé, sa circonférence irrégulière avec des saillies produites aussi par des ostéophytes.

Grâce à ces altérations, il existe un déplacement assez notable des deux os l'un sur l'autre, et le tibia porté en dehors est dans un état de subluxation.

La rotule n'a rien.

La synoviale est altérée ; en haut, en dedans de la rotule, on trouve des indurations de la grosseur d'un pois, les unes mobiles sous la pression des doigts, les autres fixes et semblant faire corps avec elle.

Les cartilages sont également altérés, et dans les mouvements que l'on imprime au fémur sur le tibia, on sent des frottements rudes dus à une éburnation, à une usure et à la disparition, en certains points, du cartilage.

Il n'existe que très-peu de liquide dans l'articulation.

Le ligament latéral interne du genou, aminci peu à peu par des frottements continus du condyle interne, s'est rompu, et cette rupture est très-probablement l'accident, dont le malade fait remonter l'origine au 5 décembre 1879, c'est-à-dire au

jour où, en marchant, il a senti le craquement instantané qui l'a mis dès ce moment dans l'impossibilité absolue de marcher.

Les symptômes subjectifs sont à peu près nuls, car, si ce n'est dans les premiers temps, le malade ne souffre pas, il n'y a pas d'inflammation, ni d'épanchement, ni aucune tendance à la suppuration, enfin, pas de phénomènes généraux.

En raison de ces altérations que nous venons d'énumérer, du déplacement des os, des ostéophytes, de la rupture du ligament latéral interne, les troubles fonctionnels sont considérables, cet homme ne marche que par artifice, c'est-à-dire au moyen d'un appareil dont nous parlerons tout à l'heure.

Nous voici donc en présence, pour le dire de suite, d'une arthrite chronique. Mais de quelle nature est-elle ? scrofuleuse, rhumatismale, goutteuse ou spinale ? ou bien encore syphilitique, tuberculeuse ?

Le diagnostic précis en est assez difficile. Il est certain que l'absence de tous antécédents et de certaines lésions nous fait rejeter immédiatement la scrofule, la goutte, la syphilis, le tubercule et l'origine spinale, et il reste seulement l'arthrite rhumatismale. Mais jusqu'à présent, cet homme n'a jamais eu le moindre rhumatisme.

Le rhumatisme articulaire chronique comprend deux grandes classes : le rhumatisme fibreux et le rhumatisme osseux.

Le premier est caractérisé par l'épaississement, l'induration de la synoviale, et la formation d'un tissu fibreux.

Le rhumatisme osseux se subdivise encore en trois sous-genres : *a.* le rhumatisme articulaire chronique osseux multi-articulaire, dans lequel un grand nombre d'articulations sont atteintes et déformées ; on l'appelle encore le rhumatisme noueux ; *b.* le rhumatisme articulaire chronique osseux des phalanges des doigts, affection assez fréquente qui siége surtout sur les deux dernières phalanges ; *c.* le rhumatisme mono-articulaire chronique osseux ou arthrite sèche déformante, ou ostéophytique, ou *morbus coxæ senilis*, parce qu'on le rencontre le plus souvent sur la hanche et chez les vieillards ; on l'appelle encore arthrocace ou mauvaise articulation.

Bien que cette dernière forme porte le nom de rhumatisme, elle s'observe assez fréquemment chez des gens qui n'ont jamais eu le moindre rhumatisme, qui ne sont pas des individus gastralgiques ou névralgiques. Aussi, faut-il admettre une cause encore inconnue.

Ce qui frappe surtout dans cette maladie, c'est l'altération de l'articulation avec formation du tissu osseux sous l'influence d'un état particulier, d'une sorte de dyscrasie calcaire.

Il y a des malades qui présentent cette disposition d'une façon aussi prononcée que possible ; ils ont alors une calcification et une ossification non-seulement de l'articulation, mais encore de tous les muscles qui l'environnent, voire même des vaisseaux. C'est ainsi que dans une de ces arthrites de la hanche, j'ai vu jusqu'aux veines saphènes calcifiées.

Cet état général particulier que nous ne pouvons expliquer, appartient surtout aux sujets âgés. On le rencontre aussi quelquefois dans les anthropathies spinales, chez les ataxiques.

J'admettrai donc chez notre malade qui n'est pas un rhumatisant, une arthrite sèche du genou avec dyscrasie calcaire. Le point de départ a été un traumatisme auquel a succédé une inflammation chronique de l'articulation qui a duré quelque temps, enfin une arthrite sèche.

La marche de cette maladie est toujours lente, sans tendance à ce que l'articulation s'enflamme ou suppure, sans fièvre, ni grandes douleurs. Jamais il ne se produit de poussées inflammatoires, mais jamais non plus la maladie ne rétrograde ni ne s'améliore. Elle peut s'arrêter dans ses progrès, mais jamais elle ne diminue.

Le pronostic n'est donc pas grave au point de vue de la vie qui n'est pas compromise ; elle est sérieuse seulement pour le membre qui, peu à peu, se luxe de plus en plus et rend le malade absolument impotent.

Quant au traitement bien qu'il ne puisse être curatif, cependant il peut enrayer la marche de la maladie et doit tendre surtout à combattre la dyscrasie calcaire. Ce traitement est local ou général.

Le premier ne saurait consister ni dans la compression ouatée, ni dans les révulsifs sur l'articulation, ni dans les pointes du feu ; ces différents moyens n'auraient aucune action. Le traitement local doit se borner à l'application d'un excellent appareil qui permette au malade de marcher, c'est-à-dire dans un appareil silicaté très-fort, très-résistant qui, la jambe étant redressée et placée dans l'axe de la cuisse, saisisse convenablement et solidement tout le membre inférieur entre deux attelles, l'une postérieure appliquée contre le creux poplité, l'autre latérale externe remontant jusqu'à la hanche.

A ces moyens nous devons joindre un traitement général, qui est très-important, et que malheureusement nous n'avons guère à notre disposition pour les classes pauvres, en dehors d'une alimentation spéciale ayant pour but d'éviter les phosphates et les carbonates, dont il faut au contraire faciliter l'élimination de l'économie.

Ce traitement consiste donc surtout dans une excellente

hygiène, le grand air, les pays chauds d'hiver, des soins particuliers de la peau pour qu'elle fonctionne le plus activement possible, l'emploi régulier de bains tempérés, prolongés par séries, les eaux thermales chaudes ou chlorées sodiques, les eaux de Bourbonne, de Plombières, de Luxore, du Mont-Dore, enfin les douches chaudes qui donnent aussi d'excellents résultats.—*Le Praticien.*

Traitement des plaies avec pertes de substance. —Notre ami M. Armand Desprès n'est pas, on le sait, partisan du pansement de Lister, et dans son important service de la Charité, il réhabilite et renouvelle l'ancienne pratique du pansement sous une forme quelque peu modifiée, pratique qui lui donne des résultats très satisfaisants. En effet, dans une statistique de 82 malades ayant subi l'amputation du sein, tant à l'hôpital qu'en ville, nous dit M. Desprès, pour ne parler que d'une même opération, il n'a eu que 3 décès, et encore dans cette mortalité, il n'y a qu'un cas où l'opération soit incriminable. Nous sommes loin de la statistique de notre vieux maître Velpeau qui comptait 15 morts pour 100.

Pour obtenir des résultats aussi heureux, voici la méthode suivie par M. Desprès: Après avoir déclaré que la réunion immédiate doit être évitée pour toute plaie avec perte de substance attendu qu'elle expose à des tiraillements continuels très douloureux pour le malade d'abord et très défavorables à la cicatrisation ensuite, à la retention du pus, etc., l'auteur nous dit que le meilleur pansement est le pansement humide. Ce pansement éminemment physiologique est obtenu pendant les premiers jours artificiellement par le mouillage répété toutes les heures avec de l'alcool camphré, et, dès que paraît la suppuration, par le pus lui-même. Voyons maintenant comment il s'applique. L'opération terminée, les artères liées, on lave la plaie avec de l'eau tiède, puis on applique un gâteau de charpie imbibé d'alcool sur la plaie, de façon à la recouvrir complètement. Par dessus, un linge fénétré et cératé, débordant un peu la plaie, une couche assez épaisse de charpie imbibée d'alcool camphré, un bandage de corps bien serré mais ne comprimant pas trop. Toutes les 2 heures on humecte l'appareil avec un mélange d'eau et d'alcool camphré. En été, pour prévenir une évaporation trop rapide, on pourra recouvrir le pansement de taffetas gommé. L'important ici est de maintenir une humidité constante.

Le lendemain, on change le pansement jusqu'au linge cératé

inclusivement, on humecte le gâteau de charpie laissé à demeure et on reconstitue le pansement comme la veille en faisant ensuite les mêmes mouillages. On continue ainsi jusqu'à ce que la suppuration franchement établie détache la charpie du fond de la plaie et dès lors le pansement classique à plat est institué. Le pus va jouer le rôle d'humectant que l'on avait confié à l'alcool ; aussi, dans les pansements suivants se bornera-t-on à laver les bords de la plaie pour empêcher la formation de croûtes, et le plus sera conservé avec les plus grands égards. Le bourgeonnement se fait franchement, régulièrement, et au bout de 30 à 55 jours, suivant la grandeur des plaies la réparation est obtenue.

—

Loupes du cuir chevelu ; indications des divers procédés de destruction.—M. Desprès, toujours personnel et entier dans ses opinions, ne reconnaît que deux procédés vraiment pratiques : le bistouri et les caustiques.

Lorsque la loupe n'est encore qu'un kyste sébacé bien limité les caustiques sont applicables et donnent d'excellents résultats. Nous savons tous comme on procède ; après avoir rasé les cheveux, un morceau de diachylon sur lequel on a pratiqué une boutonnière de la longueur de la loupe est appliqué sur la tumeur. Ensuite on prépare du caustique de Vienne (potasse caustique et alcool), que l'on met sur la fente où on la laisse pendant vingt minutes, temps nécessaire à la formation d'une eschare suffisante. Cette brulûre chirurgicale est du nombre des affections auxquelles il ne faut rien faire. Au bout de 13 jours environ l'eschare commence à se détacher et quinze jours après l'application du caustique la loupe vient avec l'eschare que l'on soulève au moyen d'une spatule. C'est Marjolin père, qui a imaginé cette méthode, on la trouve décrite tout au long, dans la première édition de l'ouvrage de Nélaton. La plaie qui reste après cette ablation est pansée avec des cataplasmes. Il faut bien se garder de panser simplement avec du diachylon : c'est à la suite des pansements de ce genre que l'on a observé des érysipèles graves suivis de mort.

Lorsque la loupe est dégénérée, qu'elle est ramollie, volumineuse, c'est au bistouri qu'il faut avoir recours, si l'on ne veut pas exposer son opéré à des accidents sérieux. M. Després a été tout récemment appelé en consultation par un médecin qui, pour avoir négligé cette indication, avait vu des accidents sceptiques, gangreneux, se développer à la suite d'une grosse loupe opérée par les caustiques. L'état du malade

était fort grave; il avait de la fièvre, ne mangeait plus. Il employa dans ce cas, un moyen, bon peut-être, mais à coup sûr atrocement douloureux: comme la loupe pouvait jusqu'à un certain point se pédiculiser. Il l'a enserrée dans une ligature élastique. Le malade a souffert pendant les huit jours qu'il a fallu pour amener la chute de la tumeur.

La constriction du cuir chevelu est des plus douloureuses; aussi, a-t-il mis ce moyen en pratique, dans le seul but de couvrir un médecin qui avait déclaré le bistouri mauvais pour cette opération.

M. Després a opéré jusqu'à 10 loupes par les caustiques, en même temps, chez le même malade, avec un heureux résultat. Ceci plaide en faveur du procédé.

Plusieurs modifications avaient été proposées. Ainsi Chassaignac avait tenté de produire une escharificatien plus rapide au moyen du caustique de Filhos, mais il eut des érysipèles.

Quand la loupe est volumineuse, qu'elle est dégénérée, le caustique ouvre le kyste qui ne sort pas avec l'eschare, c'est pourquoi ce procédé doit être rejeté. Dans ce cas, pour M. Desprès, le bistouri est supérieur à tous les autres moyens. En effet, l'écraseur fait une plaie trop grande et un traumatisme considérable. Le thermo-cautère ou galvano-cautère produisent des eschares à deux ou trois centimètres du point de section; pour cette raison il les condamne absolument. Le fait personnel, que M. Desprès cite plus haut, juge la ligature élastique. Il faut dire enfin, que le bistouri est à peine douloureux; ceci se comprend sans peine: l'incision de la peau seule est douloureuse et la douleur est très amoindrie par le fait de la distension des téguments par la tumeur et leur amincissement. Cette distension diminue le nombre des filets nerveux pour une surface donnée de peau. — *Le médecin Praticien.*

OBSTÉTRIQUE ET GYNÉCOLOGIE.

Du traitement de l'hémorragie puerperale, par le Dr Barnes, de Londres.—L'auteur commence par donner un rapide aperçu des conditions qui prédisposent à l'hémorrhagie puerpérale, des moyens que possède la nature pour s'opposer à cette hémorrhagie. Quelquefois la nature est impuissante et l'hémorrhagie se produit.

Il pose comme point de départ l'*hémorrhagie puerpérale physiologique*, c'est-à-dire du sang en excès, qui ayant servi à la nutrition de l'enfant, est chassé de l'utérus par la contraction de cet organe avec et après le décollement du placenta. Toute perte au delà de cet excès devient *hémorrhagie extra-physiologique*, et exige les soins du médecin pour la réprimer.

Il rappelle ensuite les forces hémostatiques de l'utérus ; l'irritabilité, la rétractilité, la contractilité. La rétractilité dérive immédiatement du système ganglionnaire. La contractilité dérive du système spinal et du centre cérébral. Pour agir sur ces deux propriétés contractiles, il faut s'y prendre de manières différentes.

Il trace le moyen dont se sert la nature pour réprimer l'hémorrhagie : 1° La contraction régulière et continue de l'utérus ; 2° la coagulation du sang dans les vaisseaux de l'utérus ; 3° La réduction de l'impulsion cardiaque. quelquefois portée jusqu'à la syncope ; 4° Le détournement du flux sanguin de l'appareil génital.

Il divise les hémorragies en degrés pour servir de guide dans le choix des remèdes : 1er degré : La fonction diastaltique se maintient dans son intégrité, mais elle est désordonnée dans son action. 2e degré : il y a perte notable de la force diastaltique. 3e degré : Il y a suspension de cette fonction.

L'application se fait de la façon suivante : Dans le 1er degré on cherche à exciter la contraction de l'utérus avec l'aide du froid, de la chaleur, de l'ergot, etc. ; dans le 2e degré, on a encore recours aux moyens du même ordre, mais avec plus de discrétion, puisque tous seraient capables de surmener les forces qui restent. L'auteur fait l'appréciation clinique de l'ergot, du froid, de la chaleur, etc. Dans le 3e degré, les moyens qui sont utiles dans les deux premiers degrés sont souvent nuisibles. Dans cette extrémité, on s'adresse surtout à la rétractilité innée de l'utérus, force qui dure encore après la perte de la contractilité réflexe. Il discute et rejette la faradisation. Ne pouvant amener la contraction musculaire, l'auteur démontre qu'on peut trouver un équivalent dans le rétrécissement de la surface interne de l'utérus sous l'influence des styptiques. Il fait la comparaison des deux agents qui sont les mieux connus, l'iode et le fer. L'iode, quelquefois utile, trompe souvent le clinicien dans son attente. L'auteur s'appuie donc sur le fer. Il trace : 1° Les conditions dans lesquelles le fer doit être employé ; 2° La forme et la manière de l'appliquer ; 3° Les dangers qui se rattachent à son emploi ; 4° Les moyens d'éviter ses dangers. Il fait l'analyse des dangers qui se rattachent aux injections intra-utérines tant ferriques que

non ferriques, et fait voir que les dangers propres aux injections ferriques sont rares et pour la plupart inévitables.

La conclusion générale de l'auteur est que les injections ferriques peuvent encore réussir à sauver les femmes en péril par l'hémorragie lorsque tous les autres moyens ont échoué.—*Le Médecin Praticien.*

—

Traitement de l'hémorrhagie post partum, par le Dr Th. More Madden.—Après avoir étudié les principales causes de l'hémorragie *post partum*, l'auteur passe en revue les différents moyens employés pour lutter contre ce terrible accident et conclut à la supériorité du perchlorure de fer. Il recommande fortement l'introduction dans la matrice d'une éponge, imbibée de perchlorure de fer et retenue à l'aide de la main, jusqu'à ce qu'une forte contraction se produise et expulse la main et l'éponge, en arrêtant en même temps l'hémorrhagie. Cette méthode est considérée comme la plus efficace et la moins dangereuse. En même temps, il insiste beaucoup sur la pression manuelle externe sur la matrice jusqu'à ce qu'une contraction se produise. Il indique les dangers possibles résultants de l'introduction de la main dans la matrice, à moins qu'il n'y ait une hémorrhagie très grave, pendant cette opération nécessaire.

Pour ce qui se rapporte au collapsus, après une hémorrhagie post partum, l'auteur considère le traitement par la transfusion, telle qu'elle est actuellement pratiquée, comme inutile dans la grande majorité des cas pour lesquels elle est recommandée. Au lieu de la transfusion, il recommande les injections de larges doses d'éther sulfurique, comme de Hecker les a préconisées ; il rapporte l'histoire de quelques exemples où cette méthode réussit dans des cas de collapsus par suite d'hémorrhagie post partum, en apparence désespérés.–*Le Méd. Prat.*

—

Traitement de l'hémorrhagie puerpérale, par M. Budin.—Le jeune agrégé de Paris dit que, dans cette importante question, il faut considérer : 1° le traitement préventif ; 2° le traitement consécutif.

En ce qui concerne le traitement préventif, il est évident qu'il faut savoir faire la délivrance.

Quant au traitement de l'hémorrhagie elle-même, l'accoucheur ne doit pas oublier que la femme est au seuil de la mort, et que le moyen, quels que soient ses dangers, qui pourra la sau-

ver sera le meilleur. Dans une bataille, avant de songer aux difficultés de la retraite, le général doit penser aux moyens de sauver son armée. Donc arrêter à tout prix l'hémorrhagie, tel doit être le but de l'accoucheur.

Le traitement consécutif est aussi important Lorsque les femmes ont été épuisées par un écoulement considérable de sang, lorsqu'elles sont pâles, blêmes, dans un état syncopal presque continu, les injections sous-cutanées d'éther rendent de grands services; elles déterminent une vive douleur au lieu même où elles ont été faites, elles excitent la femme et la ranimement. L'autre moyen conseillé par le professeur Winkel, l'emploi de la bande d'Esmarch, sera peut-être également utile, mais quand l'hémorragie a été arrêtée, quand l'utérus est et reste contracté, quand il ne s'agit plus que de ranimer la femme, il faut avoir recours à la chaleur pour éviter toute nouvelle déperdition de forces. Un physiologiste, M. le Dr Laborde, a fait l'expérience suivante: il a saigné à blanc des cobayes; c'était en hiver, les uns ayant été laissés près de la cheminée, devant le feu, ont survécu, ceux qui sont restés exposés au froid, sont au contraire tous morts. De même que, depuis longtemps, quand on veut ranimer un nouveau né en état de syncope on l'enveloppe de linges chauds pendant qu'on l'insuffle, de même il faut mettre aux pieds et de chaque côté de la femme des boules remplies d'eau chaude, il faut l'envelopper de linges et de couvertures chaudes, en même temps qu'on lui fait prendre des alcooliques, etc. Dans trois cas d'hémorragie très graves, M. Budin a vu cet emploi de la chaleur combiné avec d'autres moyens rendre les plus grands services. —*Le Médecin Praticien.*

Traitement de l'hémorragie puerpérale par l'introduction de la main dans l'utérus.—M. MATTHEWS DUNCAN reconnaît que, parmi les injections celles de perchlorure de fer doivent être des meilleures, mais pour lui le meilleur et le plus sûr moyen d'arrêter l'hémorragie qui survient après la délivrance est d'introduire une main dans l'utérus, pendant que l'autre à travers la paroi abdominale exerce une pression sur le fond de la matrice. La main introduite dans l'utérus doit le débarrasser des caillots qui l'encombrent et en même temps l'exciter. Sous cette influence, le muscle utérin se contracte, les vaisseaux béants se ferment et l'hémorrhagie est sûrement arrêtée. Pour Duncan, l'introduction de la main est le moyen souverain, il n'en connait aucun d'égal.—*Le Médecin Praticien.*

NOTES DE THÉRAPEUTIQUE.

Pommade contre les ulcères aux jambes, par le professeur COURTY.—

Precipité rouge..... 1 gramme
Axonge, 30, ʒj à ʒjss..... F. s. a. une pommade.

Pour amener la cicatrisation des vieux ulcères des jambes, on les lave avec de l'eau additionnée d'acide phénique ou de coaltar saponiné de Lebeuf. Puis, quand ils sont convenablement détergés, on les lotionne deux fois par jour, pendant plusieurs minutes, avec du vin aromatique. Dans l'intervalle des lotions, on applique sur l'ulcère la pommade au précipité rouge.—*Le Médecin Praticien.*

Traitement de l'hémoptysie, JACCOUD.

Injections sous-cutanées d'ergotine, faites avec la préparation suivante :

Ergotine..... gr xv
Glycérine..... ʒi
Eau destillée..... ʒi
Eau de laurier-cerise.. ..... ʒss

La seringue de Pravaz contenant gr. xx de liquide, soit gr. ij d'ergotine, on fera deux ou trois injections, quelquefois quatre dans la journée.—*Revue de Thérapeutique médico-chirurgicale.*

Syphilis tertiaire, HARDY :

Eau distillée..... ʒx
Iodure de potassium ..... ʒv
Biiodure de mercure..... gr ij
F. s. a.

Une solution à prendre une cuillerée à bouche par jour au début. Elle ne s'altère pas comme le sirop de Gibert et coûte beaucoup moins cher.—*Revue de Thérapeutique méd.-chir.*

Traitement de la dysentérie.—Henry Colley Marchs dit que dans les dysentéries ordinaires des adultes avec épreintes, ténesme, garde-robes fréquentes et s'accompagnant de mucus sanguinolent sans matières fécales proprement dites, le meilleur traitement consiste à donner une solution de bichlorure de mercure. En quelques heures, le ténesme cesse, et au bout de deux ou trois jours les selles prennent un bon aspect. —*Medical Times and Gaz.—Revue de Thérapeutique.*

—

Traitement de quelques tumeurs adipeuses.—Le Dr Schwalbe, au dernier Congrès de chirurgiens allemands, a publié une méthode de traitement de tumeurs télangiectasiques, de lipômes et même de petites hernies par l'injection d'une solution alcoolique à 15 ou 20 p. 100. Par ces injections, qu'il répète suivant les cas, deux fois par semaine, et pendant plus ou moins longtemps, Schwalbe a obtenu d'excellents résultats. Une tumeur télangiectasique de la face qui avait résisté au thermo-cautère, fut traitée par les injections alcooliques, et la tumeur s'affaissa progressivement pour disparaître en totalité.—*New-York Medical Record.—Revue de Thérapeutique médico-chirurgicale.*

—

Traitement de la dyspepsie gazeuse.—Dans cette forme de dyspepsie accompagnée de fermentation et d'abondant dégagement de gaz après le repas, le meilleur remède est le chloroforme à la dose de 13 à 20 gouttes dans du sirop simple. Après quelques instants les gaz sont expulsés de l'estomac et la fermentation est arrêtée.—*Med. and Surg. Reporter. Revue de Ther. Med. Chir.*

—

Prurit vulvaire.—

Poudre de gomme arabique	ʒij
Baume de Pérou	ʒj
Huiles d'amandes douces	ʒiij
Eau de roses	ʒj

qu'on appliquera avec un pinceau sur les endroits où il y a de la démangeaison.—*Revue de Thérapeutique médico-chirurgicale.*

L'UNION MEDICALE DU CANADA

MONTREAL, NOVEMBRE 1881.

Comité de Rédaction :

MESSIEURS LES DOCTEURS E. P. LACHAPELLE, A. LAMARCHE ET S. LACHAPELLE.

Question Universitaire.

DÉCISION DE ROME *.

Illustrissime et Révérendissime Seigneur,

Le Saint-Père ayant mis à l'examen la question soulevée de nouveau au sujet de l'Université Laval et de la succursale établie à Montréal, *a ordonné expressément*, dans l'audience extraordinaire d'hier, tenue pour traiter uniquement de cette affaire, de signifier à Votre Seigneurie que *c'est sa volonté décidée* que l'on *doit s'en tenir* au décret de cette Sacrée Congrégation, émané le premier de février 1876 et de *continuer à y donner exécution.*

Votre Seigneurie reste par conséquent chargée de communiquer cet *ordre* du Pape, à tous ses suffragants. Sa Sainteté nourrit la confiance que le clergé et le peuple catholique du Canada, dont elle a toujours reçu les preuves les plus éclatantes de dévouement et d'attachement au Saint Siége, se conformeront à ses ordres susdits et que les divers prélats travailleront sans relâche à ramener dans les esprits la concorde et la paix.

Maintenant, je prie le Seigneur de vous accorder longue vie et bonheur.

Rome, Palais de la Propagande,
13 septembre, 1881.

JEAN, CARDINAL SIMEONI,
Préfet.

J. MASOTTI,
Secrétaire.

* Les italiques sont de nous.—NOTE EDIT.

DÉCRET DE 1876 SUR L'UNIVERSITÉ LAVAL.

Voici le décret du 1er février 1876, que S. S. Léon XIII ordonne d'exécuter, et qui fut communiqué à Mgr l'archevêque de Québec par S. E. le cardinal A. Franchi, le 9 mars, 1876 :

Illustrissime et Révérendissime Seigneur,

Dans la Congrégation Générale du premier février dernier, on a mis de nouveau à l'examen l'instance de l'Evêque de Montréal pour l'érection d'une Université dans son Diocèse, et les Eminentissimes et Révérendissimes SS. Cardinaux ont répondu de la manière que je viens ci-après transcrire à Votre Seigneurie.

Au I. doute, savoir si et quelle mesure il conviendrait d'adopter relativement à la susdite instance de l'Evêque de Montréal, *ad mentem. Mens est*, que l'on écrive à l'archevêque de Québec une lettre qui devra être communiquée à tous ses suffragants, dans laquelle on lui dise qu'ayant mis de nouveau à examen le projet de fonder une Université à Montréal, *on en a reconnu l'impossibilité*, spécialement pour la raison qu'une telle fondation compromettrait l'existence de l'Université Laval, laquelle, à cause des services rendus à l'Eglise et à la société et des sacrifices pécuniaires qu'elle a faits, doit être soutenue et conservée. Que néanmoins, cette Université devant servir d'une manière particulière pour tous les Diocèses de la Province de Québec, on a reconnu comme une juste chose que ses suffragants y aient un contrôle, lequel soit en même temps une garantie pour eux, et un avantage pour l'Université elle-même. Que ce but pourra s'obstenir, en laissant intactes les dispositions fondamentales de Laval, son administration financière et tout ce qui regarde les relations entre la dite Université et le Séminaire Archidiocésain, et en accordant aux évêques, sous la présidence de l'Archevêque, la haute surveillance sur tout ce qui concerne la discipline et la doctrine, soit relativement aux professeurs, soit par rapport aux élèves. Que pour cela le Recteur de l'Université, dans une réunion annuelle des Evêques, devra faire connaître exactement l'état de la même Université sous les deux rapports mentionnés, et les Evêques auront le droit de faire leurs observations, et de proposer les changements et les améliorations qu'ils jugeront opportuns, sauf, comme dit plus haut, les dispositions fondamentales de l'Université.

Qu'en général, il y aura toujours liberté, même obligation, pour les Evêques, d'exercer cette haute surveillance, en récla-

mant l'attention de l'Archevêque et du Recteur de l'Université sur tout ce qu'ils jugeront à propos de conseiller, *sans jamais cependant recourir au moyen de la presse* laquelle d'ordinaire, comme l'a prouvé dans le cas actuel une triste expérience, sert plus à aigrir les esprits et les questions, qu'à rémédier au mal, et aboutit à causer préjudice à l'honneur de l'Université, et souvent même à l'honneur de la cause catholique. Que l'on reconnait la nécessité de pourvoir en quelque manière à l'instruction supérieure de ces jeunes gens de Montréal qui ne peuvent fréquenter l'Université Laval, *comme aussi d'empêcher que les écoles de droit et de médecine, existant dans la dite ville, ne continuent d'être affiliées à des Universités protestantes, et beaucoup plus encore que les étudiants catholiques ne fréquentent de telles Universités.* Que du reste, *comme il est évidemment impossible de la part de Laval d'accorder l'affiliation aux dites écoles*, laquelle équivaudrait à l'érectiond'une Université, pour ainsi dire distincte et indépendante à Montréal, afin de pourvoir cependant à la nécesité énoncée plus haut, *il ne se présente pas d'autre expédient que celui d'établir à Montréal une succursale de l'Université Laval*, projet à l'exécution duquel les évêques. en union avec Laval, devront procéder sur les bases suivantes:

1° Que toutes les dépenses nécessaires pour la succursale devront être à la charge du diocèse de Montréal.

2° Les cours seront uniformes à Laval et à Montréal tant pour la durée que pour la distribution des matières dans chaque faculté et dans chaque année; et là où l'on reconnaîtrait la stricte nécessité de faire quelque changement, que cela se fasse sans préjudice ni au mérite de Laval, ni à l'instruction des jeunes gens en rendant plus facile et plus prompte l'obtention du doctorat.

3° Que les professeurs de Droit et de Médecine à Montréal feront partie de la faculté respective établie à Laval en vertu de la charte royale.

4° Que comme le Conseil Universitaire, en vertu de la même charte, doit être composé des Directeurs du Séminaire de Québec et des trois plus anciens professeurs de chaque faculté par ordre de nomination, les professeurs de Montréal à leur tour devront faire partie de ce conseil.

5° Les professeurs de chaque faculté à Montréal formeront, comme ceux de Laval, un conseil permanent pour tout ce qui regarde non-seulement la branche de Montréal, mais la faculté en général.

6° Il y aura à Montréal un Vice-Recteur, résidant, nommé par le Conseil Universitaire et approuvé par l'évêque de Montréal lequel Vice-Recteur suppléera le Recteur dans l'admis-

sion ou l'expulsion des étudiants. Cette surveillance est relative seulement à l'observation des règlements universitaires, attendu que, pour la conduite morale et religieuse, l'Evêque de Montréal y pourvoira entièrement.

7° Les professeurs de Montréal seront nommés, comme ceux de Laval, par le Conseil Universitaire, la branche de Montréal ayant préalablement été consultée.

8° Les émoluments pour chacun des professeurs seront à Montréal égaux à ceux de Laval.

10° Les diplômes seront donnés par Laval, et à cette Université seront payés les droits y annexés.

Enfin on devra, dans la lettre recommander à tous les Evêques de faire en sorte que leurs Séminaires et Colléges s'affilient à l'Université Laval, puisque de cette manière les études seront mieux co-ordonnées, et les jeunes gens seront préparés pour les cours universitaires.

Quant à l'autre doute, savoir si et quelle mesure ultérieure on doit prendre relativement aux professeurs non catholiques de l'Université Laval, les Eminentissimes et Révérendissimes SS. Cardinaux ont répondu : " Attentis noviter deductis, dilata et, si opus fuerit, suo loco, et tempore providebitur."

Cette résolution fut, dans l'audience du 13 février, présentée au Saint-Père, qui a daigné l'approuver dans toutes ses parties.

Et maintenant je prie le Seigneur qu'il vous accorde longue vie et bonheur.

Rome, de la Propagande, le 9 mars 1876.

De Votre Sainteté,

Le très affectionné serviteur,

ALEX. CARD. FRANCHI,
Préfet.

J. B. AGNOZZI,
Pro-Secrét.

L'Illustrissime et Révérendissime Seigneur,
Monseigneur L'ARCHEVÊQUE DE QUÉBEC.

Hôpital Notre-Dame.

Le premier rapport annuel de l'Hôpital Notre-Dame qui vient d'être publié témoigne d'un progrès très sensible et des plus satisfaisant. On n'avait pas trop présumé de l'inépuisable charité du public en sollicitant son aide pour l'institution et le nouvel Hôpital avec son bureau d'administration, son

bureau médical et son comité nombreux et distingué de dames patronesses, entre dans une phase d'affermissement et de succès qui permet d'anticiper les plus heureux résultats.

Le bien qu'a déjà fait l'Hôpital Notre-Dame est plus que suffisant pour prouver la nécessité de son maintien. Malgré que ses salles aient donné asile pendant l'année terminée le 31 juillet dernier à 772 malades et que 1609 autres aient reçu des soins au dispensaire qui lui est attaché, les autres hôpitaux de la ville n'en ont pas été pour cela moins achalandés et les dispensaires n'ont pas eu moins de misères à secourir. Et il n'est pas à craindre que l'inauguration de nouvelles salles que projettent les autorités de l'Hôpital Notre-Dame ne soit pas mise à profit par les malades pauvres qui restent encore à secourir.

NECROLOGIE.

Dr Bibaud.—La profession a déjà appris par les journaux politiques la mort de M. le Dr Bibaud, décédé, le 23 octobre, d'une hémorrhagie cérébrale. Comme dans presque tous les cas de ce genre, le dénouement fatal ne s'est pas fait longtemps attendre; le malade a été emporté en quelques jours.

M. le Dr Bibaud, le doyen de l'École de médecine et de chirurgie après M. le Dr Munro, était âgé de 62 ans, et enseignait l'anatomie dans cette institution depuis trente-six ans, ayant été nommé professeur en 1844, quelque temps avant l'incorporation de l'École.

Le professeur Bibaud, dans la partie active de sa vie, avait su acquérir et mériter une grande réputation comme anatomiste et comme praticien. Pendant un grand nombre d'années il donna, sur presque toutes les branches de la médecine, des cours privés qui étaient fort en vogue, très peu d'élèves croyant pouvoir s'en dispenser pour se présenter à l'examen du bureau.

Le service funèbre a été chanté à l'église St-Jacques. Presque tous les professeurs et la plupart des élèves des quatre facultés de médecine, ainsi qu'un très grand nombre de médecins de Montréal et de la banlieue, suivaient le convoi.

Livres reçus.

A Practical Treatise on Hernia by Joseph H. Warren, M.D., member of the American Medical Association; British Medical

Association, Massachusetts Medical Society ; formerly Surgeon and Medical Director U. S. A., &c., &c. Second Edition, fully illustrated. Editors : James R. Osgoad & Co., Boston ; Sampson Low, Marston, Searle and Rivington, London : 1882.

Transactions of the College of Philadelphia. Third series, volume the fifth, 1881.

Brochures reçues.

Premier Rapport Annuel de l'Hôpital Notre-Dame, Montréal.

The Fifty-ninth Annual Report of the Montreal General Hospital.

Ovariotomy during Pregnancy, by P. C. WILSON, M.D., Baltimore, 1881.

Uterine Dilatation with a New Instrument, by H. P. C. WILSON, M.D., Baltimore, 1881.

On some of the effects of the Chronic Impaction of Gall-Stones in the Bile-Passages, and on the "Fièvre Intermittente Hépatique" of Charcot, by WILLIAM OSLER, M.D., M.R.C.P., Montreal.

Renal Cirrhosis, by WILLIAM OSLER, M.D., M.R.C.P., Montreal.

Empyema and its Treatment by Valvular Drainage, by A. M. PHELPS, M.D., Châteauguay, N.-Y.

NAISSANCES.

En cette ville, le 25 octobre, la dame de M. le Dr Gustave Demers, une fille.

En cette ville, le 25 octobre, la dame de M. le Dr Philéas Carrière, un fils.

En cette ville, le 2 novembre, la dame de M. le Dr J. E. Berthelot, un fils.

MARIAGE.

PAGER-PRÉVOST.—Jeudi, le 13 du courant, à l'Evêché de Montréal, par Sa Grandeur Mgr Fabre, P. Elie F. Pager, Ecr., M. D., de New-Bedford, E. U., à Delle Virginie Prévost, fille unique d'Isidore Prévost, Ecr., comptable au Palais de Justice, Montréal.

TRAVAUX ORIGINAUX.

La papille optique dans quelques affections cérébrales.

Lecture faite à la Société Médicale par le Dr A. A. FOUCHER, Professeur à l'Université-Laval, (Montréal.)

Monsieur le Président,

Messieurs,

Quand Helmholtz dota la médecine, de l'ophthalmoscope, les médecins d'alors, et surtout les névropathologistes, conçurent des espérances presqu'illimitées. Le nerf optique devenant visible, c'était une portion même du cerveau qu'on allait enfin pouvoir examiner à loisir. On allait pouvoir faire, sur le vivant, la diagnostic de lésions anatomiques dans des organes où le regard n'avait pu pénétrer, jusque-là, qu'après la mort. L'ophthalmoscopie allait effectuer une révolution dans la pathologie cérébrale comme l'avait fait l'oscultation dans les maladies du poumon.

On ne tarda pas, en effet, à découvrir des relations intimes entre certaines affections cérébrales et le nerf optique, à son entrée dans le globe oculaire.

De Graefe commença par signaler la coexistence fréquente de la névrite optique avec les tumeurs cérébrales. Peu à peu, on s'aperçut que plusieurs autres affections cérébrales s'accompagnaient de troubles du côté de la papille. M. Bouchut contribua aussi, pour une large part, à faire connaître les lésions variées de l'encéphale qui deviennent appréciables à l'ophthalmoscope. En 1866, il publia un traité de cerébroscopie ou il soutint que l'examen du fond de l'œil peut servir au diagnostic des maladies suivantes : les diverses variétés de méningite cérébrale, l'hémorrhagie cérébrale, l'encéphalite chronique, le ramollissement cérébral, l'hémorrhagie meningée, l'hydrocéphalie chronique, les tumeurs du cerveau, la contusion, la commotion et la compression cérébrale, la paralysie générale, l'atrophie du cerveau, la myélite chronique, lataxie locomotrice, le tétanos, l'épilepsie, les convulsions essentielles, la folie et quelques autres maladies de moindre importance.

Il ajouta à cette liste déjà nombreuse, la congestion cérébrale, générale et partielle, l'anémie cérébrale, et les différentes formes de sclérose cérébro spinale.

Jusqu'à quel point les avancés de M. Bouchut sont-ils fondés; jusqu'à quel point l'ophthalmoscope a-t-il justifié les espérances qu'on avait conçues; comment les maladies de l'encéphale retentissent-elles sur le nerf optique; par quel mécanisme; quelles sont les indications que l'on peut tirer de l'inflammation ou de l'atrophie du nerf optique? Voilà ce qui me reste à exposer dans le cours de cette lecture.

Malgré les travaux remarquables qui se sont faits depuis 1860, la question est encore loin d'être résolue. L'anatomie, la physiologie, la clinique et la pathologie expérimentale se sont entr'aidés, dans le but d'arriver à une solution quelconque, mais il reste encore des hésitations. Des faits importants sont niés par les uns et approuvés par les autres.

Qu'y a-t-il de positif au milieu de ces contradictions; quelsont les notions que nous devons tirer de ces luttes savantes de nos maîtres dans la science, c'est ce que je m'efforcerai de faire ressortir de ce modeste travail. Je ne réclame de mérite que celui d'une analyse succinte des travaux importants parus sur la question, suivie de conclusions pratiques à l'appui desquelles j'ai la bonne fortune de pouvoir vous présenter deux pièces pathologiques.

Dans leur parcours intra cranien, les nerfs optiques offrent des rapports très importants à se rappeler pour pouvoir bien se rendre compte des lésions qui peuvent en être le siége. Ainsi, les couches optiques, les pédoncules cérébraux, le plancher du quatrième ventricule peuvent être atteints de sclérose, de ramollissement, d'appoplexie, de gommes sphylitiques, de sarcôme, etc., en intéressant le nerf optique, par voisinage, et en déterminant une inflammation ou une atrophie. Une méningite de la base, quelqu'en soit la cause, peut agir dans le même sens. Au niveau du trou optique, le nerf est accompagné par le tronc de l'artère ophthalmique, On conçoit, dès lors, qu'un anévrisme de l'artère, en ce point, ou une fracture des bords du trou optique puisse déterminer des altérations. Dans l'orbite, le nerf optique est comme enfoui dans une masse cellulo-graisseuse, abondante, qui, lorsqu'elle devient le siége d'un phlegmon, peut le comprimer et l'atrophier; qu'il participe ou non à la phlegmasie.

Les enveloppes du cerveau offrent, avec les nerfs optiques, à partir du chiasma, des rapports qui méritent également d'être signalés. Ainsi, la pie-mere fournit une première gaine, gaine interne, qui accompagne le nerf jusqu'à son entrée dans le globe oculaire.

Là, elle concourt à former une grande partie de la lame criblée, à travers laquelle se tamisent, en quelque sorte, les fibres nerveuses.

La dure mère, après s'être confondue avec le périoste orbitaire, s'en sépare pour former une gaine fibreuse, complète, gaine externe, qui l'accompagne jusqu'à la sclérotique, avec laquelle elle s'identifie. Les deux gaines, interne et externe, que possède le nerf optique, dans son parcours intra orbitaire, sont séparées l'une de l'autre par un espace appelé par *Schawlbe* espace inter vaginal, et qui joue un grand rôle dans l'interprétation de la névrite optique. Si on examine, au microscope, une coupe du nerf optique, on aperçoit des faisceaux de fibres nerveuses, longitudinales et parallèles, et des cloisons conjonctives, partant de la gaine interne qui séparent ces faisceaux entre eux.

La pièce que voici, sous le champ du microscope, montre, d'une manière évidente, le point de départ et le mode de distribution de ces cloisons conjonctives. Elles sont fortement colorées par le picrocarminâte d'ammoniaque et circonscrivent des aréoles au milieu desquelles apparaissent les fibres nerveuses, sous forme d'un pintillé rougeâtre, très fin, qui tranche nettement sur la teinte rouge foncée de la cloison.

Les vaisseaux du nerf optique ont joué un grand rôle dans la pathologie de l'œil et du cerveau. Ils viennent de deux sources: de la gaine externe et des vaisseaux centraux. Dans le crâne, le nerf optique est alimenté par des vaisseaux venant de la pie mère et du cerveau. Dans l'orbite, jusqu'à une distance de 15 à 20 millimètres de l'œil, les rameaux vasculaires viennent des artères ciliaires. Plus loin, les vaisseaux centraux de la rétine pénètrent dans le tissu même du nerf, lui abandonnent des ramuscules qui s'anastomosent avec ceux qui viennent des gaines et avec les branches formées par un cercle artériel situé autour de la papille et dans l'épaisseur de la sclérotique; ce cercle artériel fournit à cet endroit des vaisseaux très minces. Ainsi, la partie terminale, la papille, est aussi la plus vasculaire. On comprend qu'une inflammation localisée à cette partie puisse suffire pour donner à l'extrémité intra oculaire du nerf optique, une coloration rouge intense. Galezowski et quelques anatomistes, ont soutenu que la papille recevait directement des vaisseaux du cerveau; cette assertion est aujourd'hui complètement rejetée.

Les conclusions que certains cérébroscopistes ont voulu tirer de la circulation du fond de l'œil, pour juger des lésions correspondantes du cerveau, se sont trouvées à manquer de bâse anatomique; l'expérience a démontré depuis, qu'elles manquaient aussi de bâse clinique.

A propos des indications fournies par les troubles circulatoires de la papille, notons, en passant, que M. Bouchut est

un des premiers qui ait attiré l'attention sur ce sujet. Mais les idées qu'il a émises sont fort discutables et discutées, tant leur constatation certaine est entourée de difficultés, tant leur étiologie est variée et inconstante.

Lorsque les affections cérébrales retentissent sur les nerfs optiques c'est en y produisant une névrite ou une atrophie.

La névrite peut n'être qu'une stase papillaire ; (*Stauungs papille des Allemands*) l'atrophie peut être consécutive ou primitive. Dans le premier cas, l'atrophie résulte de la névrite, dans le second elle apparait d'emblée et se présente sous deux aspects différents de là les noms d'atrophie grise et d'atrophie blanche.

La névrite optique n'est pas toujours facile à diagnostiquer ; elle demande une certaine habitude du maniement de l'ophthalmoscope. Le point d'émergence du nerf optique, facilement appréciable, à l'état normal, parce qu'il tranche sur les parties voisines du fond de l'œil, peut, sous l'influence de l'œdème ou de l'inflammation, perdre ses caractères propres au point de paraître confondu avec les parties qui l'entourent.

S'il y a deux espèces de névrite, comme les auteurs s'accordent à le dire, il est souvent fort difficile d'en saisir la différence à l'ophthalmoscope. Les caractères qu'offrent la papille dans la névrite, consistent en une augmentation de la rougeur mais ce signe a par lui-même peu de valeur s'il n'est pas joint à d'autres.

Une papille peut être tout à fait exempte de névrite et égaler la choroide en rougeur. Les signes qui ont le plus de valeur sont l'obscurcissement des bords de la papille, sa tuméfaction et l'élargissement des veines. Ces symptômes, joints à l'augmentation de la rougeur, constituent les signes caractéristiques. Les planches que je fais passer sous vos yeux vous offrent le type d'une inflammation de ce genre ; vous pourrez juger, en comparant ces images ophthalmoscopiques avec autres que voici et qui représentent, les unes la papille, à l'état normal, les autres, la papille atrophiée, la différence qui existe entre ces trois états.

Bien qu'on soit convenu de donner le nom de névrite optique à l'image ophthalmoscopique que vous avez sous les yeux et qui est caractérisée par de la rougeur, de la tuméfaction et de l'obscurcissement des bords de la papille, il n'est pas encore parfaitement démontré que la névrite optique existe dans tous les cas, si par ce mot on entend un processus franchement et primitivement phlegmasique. On serait tenté de croire que les affections cérébrales retentissent sur l'extrémité intra ocu-

laire du nerf optique en y déterminant, une inflammation par voisinage puis par continuité de tissu.

Mais on cite des altérations du nerf optique, survenues à la suite de méningite, et ou l'examen microscopique, après la mort, ne révéla aucune trace d'inflammation. Cette absence d'inflammation rendrait bien compte de la persistance souvent fort longue de la vision qui contraste avec des altérations profondes de la papille.

Il y a quelques mois, à l'hôpital Notre-Dame, nous avons pu constater ce fait, M. le Dr Desrosiers et moi, chez une jeune fille atteinte d'une névrite optique des plus accusée. C'est à peine si nous pouvions trouver l'endroit où émerge le nerf optique tant la papille était barbouillée, effacée et altérée; cependant, la malade pouvait encore lire, à 5 mètres, le nº des échelles de Wecker devant être lu à 30 mètres. Dernièrement, j'ai eu occasion d'examiner un confrère en médecine atteint aussi d'une névrite optique et qui, à 5 mètres, lisait encore, quoique difficilement, le nº des échelles de Wecker, devant être lu à cette distance. Ces faits, d'une observation journalière, prouvent que le mot névrite ne saurait convenir à tous les états de la papille que nous désignons ainsi. En effet, si le nerf lui-même est altéré, si les fibres nerveuses sont le siége d'une inflammation, comment concevoir que ce nerf continue à fonctionner comme à l'état sain, ou à peu près, alors que l'ophthalmoscope révèle tous les signes de la névrite. Il doit donc exister un certain état de la papille qui n'est pas une inflammation; on a donné à cet état le nom de stase papillaire. Il s'agirait dans ce cas d'un œdème de la papille; limité, soit dans la gaine du nerf, soit dans l'épaisseur du nerf lui-même.

On a décrit aussi des névrites descendantes, c'est-à-dire se propageant du cerveau à l'extrémité oculaire du nerf optique et des névrites ascendantes, c'est à-dire originant de la papille et remontant le nerf jusqu'au cerveau.

De l'aveu même de de Graefe, il est très difficile d'établir une différence a l'ophthalmoscope entre ces deux formes de névrite.

Quand il s'agit de différencier l'œdème papillaire de la véritable névrite, les symptômes ne sont pas tellement tranchés qu'on puisse toujours, à la simple inspection ophthalmoscopique, poser avec certitude le diagnostique étiologique.

Les auteurs s'accordent à reconnaître que dans la méningite, quand il y a hypersecrétion des liquides ventriculaires la névrite n'a pas le même aspect que dans les tumeurs cérébrales. Quand il y a tumeur cérébrale, le gonflement de la papille est tel qu'on a de la difficulté à la distinguer. Dans la névrite

descendante, il n'en est pas ainsi, l'hypérémie est intense, il y a suffusion séreuse, mais la papille est toujours reconnaissable ; ses contours sont voilés, mais on distingue les vaisseaux centraux. De plus, la lésion s'étend ordinairement aux parties voisines de la rétine ; ce que l'on n'observe pas dans la stase papillaire, la névrite étranglée.

Il serait fort désirable que les caractères propres à chacune de ces variétés de névrites fussent toujours aussi tranchées. Malheureusement, il n'en est rien. Le gonflement de la papille est plus ou moins considérable dans les meningites, les tumeurs du cerveau, et même en l'absence de toute lésion cérébrale appréciable. La délimitation précise entre la névrite des meningites et celles des tumeurs cérébrales ne peut pas être tracée d'une manière exacte. Un œdème papillaire, peu intense, sera facilement confondu avec une névrite prononcée.

Au point de vue de l'anatomie pathologique l'existence de la névrite véritable est bien démontrée. Mais il est probable que la plus grande partie des névrites optiques que nous observons ne sont, en réalité, que des œdémes papillaire. Ce qui fait pencher vers cette opinion c'est la persistance, souvent fort longue, de l'acuite visuelle dans ces cas.

De Graefe, à qui revient l'honneur d'avoir le premier attiré l'attention des médecins sur les relations qui existent entre les affections cérébrales et les lésions du nerf optique, avait d'abord cru à la migration de l'altération encéphalique par le nerf jusqu'à la papille. Frappé de l'insuffisance de sa théorie, il pensa alors que certaines névrites étaient dues à une exagération de la tension intra-crânienne. Mais les faits ont démontré, contre la théorie de la pression intra-cranienne, que la nevrite peut se produire indépendamment de la grosseur des tumeurs cérébrales : on l'observe avec des tumeurs très petites, elle manque avec des tumeurs volumineuses. Contre la théorie de la propagation les faits ont démontré (Parineau) que la névrite optique peut être causée par des lésions intra-crâniennes très variables, généralisées, ou limitées à certaines parties, occupantles parois du crâne ou l'encéphale, siégeant à la bâse où a la convexité, dans les hémisphères antérieurs ou dans le cervelet, intéressant l'expansion intra-crânienne des nefs optiques ou étant assez distantes pour qu'il soit impossible d'invoquer une lésion de voisinage.

Contre ces deux théories, je peux citer une observation personnelle qui démontrera, qu'en dépit d'une exagération de pression intra crânienne, de lésions, au niveau même du chiasma des nerfs optiques, il ne s'est pas produit de nevrite optique mais une simple atrophie. Le cas a été observé en commun avec M. le Dr Dagenais, en voici les détails :

OBSERVATION I.

Fongus hématode de la dure mère.—Atrophie du nerf optique.

Au mois de mars dernier, M. X..... se présenta chez moi, avec un garçon âgé de 1 an, pour me consulter au sujet d'une diminution considérable de la vue survenue chez l'enfant.

Il me fut impossible, vu l'âge peu avancé du sujet de faire l'examen de l'acuité visuelle et du champ visuel.

J'examinai les deux yeux à l'ophthalmoscope, à l'image droite et renversée, et ne trouvai qu'une légère hypermétropie, accompagnée d'une dilatation des veines de la rétine.

La cause et la nature du trouble de la vue demeurèrent parfaitement inconnues.

L'enfant avait bonne apparence; mangeait, dormait, digérait bien, seulement, sa muqueuse nasale était le siége d'une secrétion exagérée que les parents attribuèrent volontiers à un RHUME DE CERVEAU.

Je suivis l'enfant de près et l'examinai régulièrement à l'ophthalmoscope, pendant quelques semaines, sans jamais constater autre chose que le vice de réfraction mentionné plus haut et l'augmentation du calibre des veines de la papille.

Les résultats négatifs fournis par l'ophthalmoscope prouvaient, jusque là, que la cause du trouble de la vue était extra oculaire et devait siéger sur le parcours du nerf optique ou dans les centres percepteurs. Comme les deux yeux étaient atteints, la lésion devait être extra orbitaire.

L'absence de névrite optique excluait l'idée d'un épanchement considérable dans la cavité crânienne.

Dans le début de l'affection, l'absence d'atrophie papillaire excluait aussi l'idée d'une tumeur comprimant les nerfs optiques.

Au bout de la 4e semaine, le disque optique commença à pâlir, bientôt l'atrophie fut complète dans les deux nerfs. L'œil gauche fit saillie en dehors de la cavité orbitaire, la cornée s'ulcéra, l'œil entier passa en suppuration. La fosse temporale gauche commença aussi à se dilater, les paupières se couvrirent d'ecchymoses. Les vomissements apparurent, l'appétit diminua, le malade commença à dépérir.

Le diagnostic était devenu évident, il s'agissait d'une tumeur cérébrale.

L'enfant demeura dans cet état pendant quelques semaines et succomba à la suite d'un dépérissement graduel.

L'autopsie, à laquelle assistaient MM. les Drs DAGENAIS *et* DESROSIERS *révéla l'existence d'une tumeur de la grosseur du poing, située à la partie antérieure de la base du crâne, au*

niveau du chiasma des nerfs optiques. (FIG., I.) *Cette tumeur était de couleur rouge sombre, de consistance mollasse et paraissait s'être développée au dépens de la dure mère de la base du crâne.*

Elle se prolongeait vers les deux orbites après avoir détruit la voûte osseuse de cette cavité et était plus volumineuse à gauche qu'à droite.

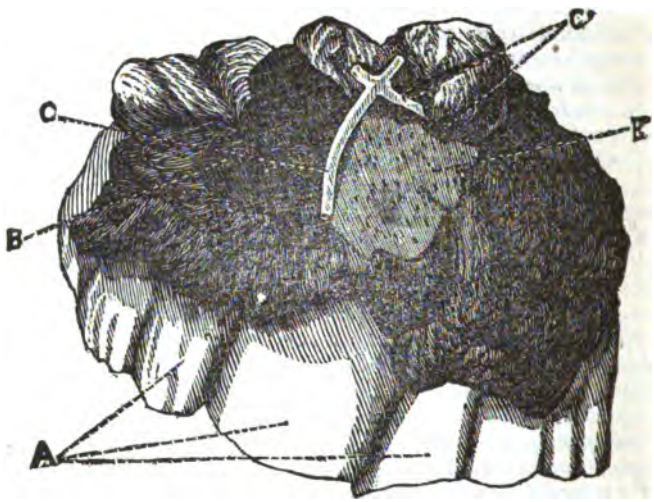

FIG. I.

A—Dure mère.
B B'—Section de la tumeur dont les bords sont renversés.
C C'—Nerfs optiques au point de l'étranglement.

La lame criblée de l'ethmoïde était détruite, la tumeur s'étendait vers les fosses nasales, avait envahi aussi une partie de l'os temporal gauche. Les deux nerfs optiques, au niveau du chiasma, étaient enfermées dans la tumeur et étranglée par elle, comme le démontre encore la pièce que vous avez sous les yeux.

On ne trouva pas d'accumulation anormale de liquide dans le cerveau. Le sujet en examen, ayant été un patient privé, il fut impossible de pousser plus loin l'autopsie et de constater s'il y avait généralisation de la tumeur.

En résumé, cette tumeur considérable, ayant augmenté la tension intra crânienne et intéressé les nerfs optiques dans une grande étendue, ne s'est manifestée, à l'ophthalmoscope, que par une atrophie simple et tardive et non par une névrite.

Il peut donc exister des tumeurs cérébrables sans névrite ; et, lorsqu'au cours de semblables tumeurs, il survient des troubles oculaires, on peut donc ne constater que les signes de l'atrophie simple.

D'après de Wecker les maladies qui ont leur siège à la bâse du crâne, telles que la méningite basillaire chronique, l'exostose de la bâse s'accompagnent souvent d'atrophie simple de la papille tandis que les lésions cérébrales elles-mêmes s'accompagnent plus souvent de névrite. D'après le même auteur, la papille après avoir présenté les symptômes les plus caractéristiques de l'inflammation peut, au bout d'un nombre d'années indéterminé, affecter ceux de l'atrophie simple. Mais, règle générale, l'atrophie consécutive à la névrite se distingue de l'atrophie simple par une teinte blanc-grisâtre, les vaisseaux conservent des traces de gonflement, on trouve aussi quelquefois une accumulation de pigment.

De Graefe explique ainsi l'atrophie simple à la suite de tumeurs. "Je pense, dit-il, que si une interruption dans la " conductibilité nerveuse s'effectue, soit dans les centres ner- " veux, soit à la base du crâne, soit dans l'orbite, à une époque " où il n'a pas existé d'exagération de pression intra crâ- " nienne, dans ces circonstances, il se développera d'a- " bord une dégénérescence atrophique qui n'est en quelque " sorte que la conséquence anatomique de la séparation du " nerf de son centre. Une fois que cette dégénérescence est " produite les causes qui ultérieurement pouvaient déterminer " la production de la névrite ou la stase papillaire ne trouvent " plus un terrain propice a leur développement."

Dans notre cas, il ne saurait être question d'une névrite optique ayant évolué rapidement et laissé à sa suite une atrophie consécutive. Le temps relativement très court de la maladie joint à l'aspect de la papille atrophiée qui était d'un blanc mat, ne laissent aucun doute à ce sujet: la tumeur en séparant les fibres optiques de leur centre trophique avait causé une atrophie simple.

On rencontre encore l'atrophie dans quelques autres cas, dans la sclérose médullaire, soit limitées dans les cordons postérieurs comme dans l'ataxie locomotrice, soit dans les cordons antéro-latéraux, soit enfin dans la sclérose cérébro-spinale. La papille atrophiée, dans ces cas, n'a pas le même aspect que dans l'atrophie simple en consécutive à la névrite. Dans l'atrophie simple, il y a décoloration, diminution du calibre des vaisseaux centraux ,et excavation par affaissement de la papille optique La papille est blanche sans mélange de teinte bleuâtre. Les vaisseaux diminuent de calibre à mesure

que l'atrophie progresse. Dans l'atrophie grise, au contraire, les vaisseaux centraux ne diminuent guère de volume et la papille offre en général, une teinte grisâtre. L'atrophie peut être très avancée et les vaisseaux avoir conservé leur calibre normal. Il n'y a pas d'excavation.

Tels sont les signes différentiels de ces deux sortes d'atrophie. L'atrophie grise peut apparaître comme première manifestation du tabes dorsalis et exister longtemps avant que la maladie fasse irruption dans les centres nerveux. La constatation de ce symptôme offre donc un grand intérêt pratique.

(*A suivre*).

Revue des Hôpitaux.

HOPITAL NOTRE-DAME, MONTRÉAL.

(Notes cliniques recueillies par H. E. DESROSIERS, M.D., médecin interne.)

I. NÉVRALGIES SIMULÉES.

Plusieurs patients se présentent à la clinique, demandant leur admission à l'Hôpital, sous prétexte de douleurs soi-disant intolérables et siégeant dans diverses parties du corps. Comme on a lieu de soupçonner supercherie de la part de quelques-uns, on institue un traitement tout psychique. Le médecin avertit le malade que les douleurs si grandes dont il souffre demandent l'emploi de la morphine en injections hypodermiques, et que ce remède va faire disparaître la douleur comme par enchantement, puis il prescrit à l'interne de service chargé de faire l'injection, de remplacer la morphine par de l'eau pure. L'injection est pratiquée, le soir, à l'heure du coucher. Le malade déclare que la douleur disparaît entièrement et passe une excellente nuit. Le lendemain, on répète l'injection d'eau pure et la guérison est désormais complète, ainsi que le diagnostic. Si le patient désire passer quelque temps à l'Hôpital, comme cela arrive quelquefois aux approches de l'hiver, la douleur (?) est plus persistante et il faut plus d'une injection pour la calmer. La supercherie du malade étant devenue évidente, celui-ci est immédiatement congédié.

M. le Prof. Laramée fait remarquer ici que l'on a déjà prétendu guérir de véritables névralgies au moyen d'injections hypodermiques d'eau pure. Il ne pense pas que l'on doive croire à de semblables guérisons, car il est tout à fait irrationel de supposer que l'eau froide, même injectée sous la peau, puisse avoir la moindre propriété anodine. Au reste, il déclare avoir essayé ce mode de traitement dans le cas de véritables névralgies assez souvent pour être convaincu que l'injection hypodermique d'eau pure n'a jamais soulagé, pas plus que l'action contre-irritante de l'injection elle-même.

II. CHORÉE.

Emma D*, 14 ans, fut prise de mouvements choréiques vers janvier 1879. Ces mouvements étaient limités au côté gauche, (bras et jambe), la face étant parfaitement calme. Un an après, le bras et la jambe du côté droit furent pris à leur tour des mêmes mouvements, pendant que ceux-ci cessaient dans le côté gauche. Au bout de neuf mois, les mouvements abandonnèrent le côté droit pour revenir à gauche où ils se maintinrent jusqu'à février 1881, époque à laquelle, sous l'influence d'un traitement, tout mouvement convulsif cessa. La malade fut bien portante pendant près de six mois, puis les mouvements choréiques se montrèrent de nouveau, encore au côté gauche. Ils duraient depuis deux mois quand la malade fut admise à l'Hôpital. Les mouvements sont assez limités, la face est encore parfaitement calme: l'état général bon. La malade n'a jamais eu de rhumatisme articulaire aigu. L'auscultation ne révèle aucun souffle anormal du côté du cœur. On prescrit deux minimes de liqueur de Fowler trois fois par jour, que l'on augmente bientôt à cinq minimes. Au bout de quinze jours de traitement, l'état de la malade s'est déjà sensiblement amélioré.

III. RHUMATISME NOUEUX CHEZ UN JEUNE HOMME DE VINGT-TROIS ANS.

Ernest R*, 23 ans, souffre depuis l'âge de vingt ans de douleurs articulaires siégeant surtout aux petites articulations, viz.: de la main et du pied. Au début, ces douleurs n'étaient accompagnées d'aucune tuméfaction apparente des articulations intéressées. Un an après le début de cette arthralgie, les articulations métacarpo-phalangiennes des deux doigts annulaires se tuméfièrent, puis vint le tour des articulations interphalangiennes des mêmes doigts et du medius. Le coude-pied et le

poignet, de même que l'articulation du coude, de chaque côté, sont semblablement affectés. La tuméfaction y est permanente, de consistance dure, et il est facile de constater que les extrémités des os sont malades. Au reste, les deux avant-bras sont en demi-flexion et il est impossible au malade de les étendre.

Au sujet de ce patient, M. le Prof. Laramée fait les observations suivantes :

Les articulations métacarpo-phalangiennes de l'annulaire et du medius ont été affectées les premières, puis les petites articulations des pieds ; la maladie est arrêtée aux coudes pour le moment. En effet, dans le rhumatisme noueux, le mode d'envahissement des articulations est remarquable en ce qu'il suit une marche symétrique, et c'est à Charcot qu'est dûe cette judicieuse observation ; tandis que dans la goutte et le rhumatisme articulaire aigu ou sub-aigu la maladie ne suit pas cette marche symétrique. Ceci est surtout vrai de la goutte qui envahit les extrémités inférieures avant les supérieures et qui débute ordinairement par le gros orteil. De plus, dans le rhumatisme noueux, les nodosités que l'on remarque aux articulations sont constituées par la saillie des têtes articulaires, et sont par conséquent bien différentes des dépôts d'urate de soude ou *tophus* qui, dans la goutte, se forment au voisinage des jointures. Enfin, dans le rhumatisme noueux, la proportion d'acide urique dans l'urine peut être légèrement augmentée, tandis que dans la goutte l'excès d'acide urique reste dans le sang, ce qui peut se prouver d'ailleurs en dehors de toute analyse du sang, par le fait que l'on observe des concrétions d'urate de soude un peu partout, viz. : sur l'oreille, la conjonctive palpébrale, le prépuce, etc. Chez ce jeune homme, les deux avant-bras sont dans la demi-flexion. Cette position une fois acquise est persistante. Quoique nous fassions, ce malade ne guérira jamais et restera exposé à de nouvelles attaques.

IV. PÉRITONITE ET HÉPATITE TRAUMATIQUES.

Jean D*, 17 ans, fait une chute le 7 octobre, et tombe d'une hauteur d'à peu près quinze pieds. La partie supérieure de l'abdomen, au niveau de l'épigastre, porte transversalement sur une pièce de bois. Malgré le choc considérable qui en résulte le malade a conservé toute sa connaissance, mais la dépression est grande. Le pouls est petit, faible et rapide, 120 à la minute. Respiration, 30 Température normale. Le malade éprouve de violentes douleurs à la région épigastrique. On prescrit opium *pro re natâ* et aussi les stimu-

lants à doses assez fréquemment répétées jusqu'à ce que le pouls se soit relevé. Localement, des fomentations chaudes térébenthinées sur toute la partie supérieure de l'abdomen. Le lendemain, la température est de 100° le matin et de 90° le soir. Le pouls n'est guère plus fort. On continue les stimulants (brandy) et l'opium. Le 9, a.m., la douleur et la sensibilité s'étendent à tout l'abdomen qui est tympanisé. Le pouls, à 124, est plus fort et plus dur. Température, 99°. On continue l'opium à l'intérieur, et, localement, les fomentations chaudes. Le malade vomit à plusieurs reprises et rejette à peu près tout ce qu'il prend. Le soir, pouls 132, température 100°, respiration 25. On remplace l'opium par la morphine administrée en injections hypodermiques.

Le 10, a.m., pouls 116, température 99½°, respiration 22. L'état du malade est à peu près le même, si ce n'est que la conjonctive est fortement teinte de jaune et que l'urine renferme du pigment biliaire. Le malade accuse aussi outre les douleurs abdominales, une sensibilité assez considérable à la région hépatique. On continue les injections hypodermiques de morphine et les fomentions, *loc. dol.* Les vomissements ont cessé.

Du 11 au 13, il n'y a guère de changement dans la condition du patient. Le pouls est à 104 le matin et 110 le soir ; la température se maintient à 102° matin et soir. Le 14, la tympanite commence à diminuer et les douleurs sont moindres aussi. Le malade prend quelques aliments liquides. L'ictère se maintient au même degré. Le malade a eu une selle abondante ce matin, sans qu'aucun purgatif ait été administré. On continue l'opium. Du 15 au 19, l'état général du patient continue à s'améliorer. Les douleurs abdominales et hépatiques sont presque nulles. L'ictère est moins intense. L'appétit se revient. Les vomissements ont tout-à-fait cessé. Cependant, en dépit de cette rémission dans les symptômes généraux, la température est à 101½°, en moyenne, chaque soir, et à 99½° le matin. Le 22, elle descend à 100° le soir, et, depuis, continue sa marche descendante jusqu'au chiffre normal. Le 25, le malade est assez bien pour pouvoir laisser l'Hôpital.

M. Laramée fait remarquer que l'épatite franchement inflammatoire est presque inconnue en ce pays ; elle appartient spécialement aux pays tropicaux. Les quelques cas qui se présentent à l'observation sont, ou des hépatites traumatiques, comme celui qui nous intéresse actuellement, ou des hépatites dûes à la présence de corps étrangers, viz. : de calculs, entozoaires, etc., et encore ces derniers cas sont bien rares.

V. CHANCROÏDES.

M. le professeur Brosseau traite ordinairement les chancroïdes au moyen de l'iodoforme appliqué soit en poudre, soit sous forme d'onguent. On masque l'odeur du remède en incorporant celui-ci au Baume du Pérou suivant la formule suivante: Iodoforme finement pulvérisé, une partie; Baume du Pérou, deux parties; Vaseline, 3 parties; ou encore en l'associant à quelques gouttes d'huile de menthe.

Cet onguent est appliqué deux ou trois fois par jour. En même temps le malade doit observer la plus grande propreté, et l'ulcère est, avant chaque pansement, lavé à l'eau phéniquée.

En quelques cas on a pratiqué avec succès l'excision du chancre. Pour d'autres on s'est contenté de cautérisations occasionnelles au nitrate d'argent, pansant ensuite l'ulcère à la pommade phéniquée. Le traitement par l'odoforme est celui qui a, en somme, donné les meilleurs résultats.

M. Brosseau recommande également la pâte carbo-sulfurique comme étant un excellent caustique dans ces cas.

VI. ORCHITE.

Les cas d'orchite ou d'épidydimite simple sont ordinairement traités localement au moyen d'applications d'acétate de plomb (10 à 20 gr. à l'once) constamment renouvelées tant que la tuméfaction et la sensibilité ne sont pas notablement diminuées, le malade observant rigoureusement le decubitus dorsal. A l'intérieur, un purgatif salin au début; puis le tartre émétique ou l'aconit comme antiphlogistiques si le pouls est accéléré et la température élevée.

Quand les symptômes aigus sont disparus et qu'il ne reste plus que du gonflement de la partie, M. Brosseau fait appliquer sur le testicule des bandelettes de Vigo, de telle façon que l'organe en soit entièrement recouvert et que ces bandelettes exercent en même temps un certain degré de compression. On renouvelle ordinairement les bandelettes tous les deux ou trois jours jusqu'à ce que le testicule ait à peu près repris son volume normal.

VII. BALANO-POSTHITE AVEC GANGRÈNE PARTIELLE DU GLAND.—DÉBRIDEMENT DU PRÉPUCE.—ERYSIPÈLE DE LA FACE.—MORT.

Benjamin L*, 64 ans, est admis à l'Hôpital pour une balano-posthite datant déjà de plusieurs jours. Le prépuce est très

tuméfié, rouge et œdematié. Il est impossible de le ramener en arrière pour découvrir le gland. Cependant on peut, par l'ouverture préputiale, entrevoir la tête de celui ci et voir qu'elle présente une couleur noirâtre. Les symptômes généraux sont à peu près nuls. Le malade nie énergiquement avoir eu de rapports sexuels de nature douteuse. M. le prof. Brosseau divise le prépuce à sa partie antérieure. Le gland est alors mis à découvert, et l'on constate que sa moitié antérieure du gland est gangrénée. On panse la plaie et la surface gangrénée à l'acide carbolique concentré, en même temps que l'on pratique des lotions désinfectantes entre le gland et le prépuce. Au bout de trois jours, un lambeau de tissu gangréné se détache. On continue le même pansement, tandis qu'à l'intérieur on prescrit le vin quinquina, diète généreuse, etc. Le 30, le malade est atteint d'érysipèle à la face. La maladie débute par le nez, puis gagne rapidement le front, les joues, le menton et le cuir chevelu. On continue le traitement au fer et à la quinine. Aucune trace d'érysipèle ne se montre au pénis. Le patient meurt le 8 novembre.

REVUE DES JOURNAUX.

PATHOLOGIE ET CLINIQUE MÉDICALES.

Les helminthes de l'homme—*De leur traitement*, par M. le Dr Berguin.

Les principaux *nematoïdes* du corps humain sont : l'ascaride lombricoïde, l'oxyure vermiculaire, le trichocéphale dispar et l'ankylostome duodénal. Nos lecteurs ne connaissent que trop ce dernier par nos récents articles sur l'anémie du Saint-Gothard.

L'ascaride lombricoïde est le plus fréquent, le plus pénible et le plus dangereux des nématoïdes ; c'est à lui que se rapportent aujourd'hui presque tous les faits d'helminthiasis : nous en analysions, dernièrement, un des plus curieux (on s'en souvient), d'après l'*Union médicale*. Voici la description sommaire de l'ascaride, emprunté à Laboulbène :

" L'ascaride lombricoïde est un vers nématoïde fréquent dans l'intestin grêle de l'homme, où il se tient de préférence.

Les faits d'helminthiasis, autrefois nombreux, se rapportent à ce ver. La longueur ordinaire de l'ascaride est de 20 à 30 centimètres chez la femelle, et de 15 à 17 chez le mâle. La forme est cylindrique, arrondie, atténuée ou effilée aux deux extrémités. La couleur est d'un blanc jaunâtre ou rosé. La partie antérieure du corps offre une bouche petite, avec trois renflements disposés en triangle: un renflement supérieur et deux autres inférieurs; tous sont denticulés en dedans. La tête, séparée du corps par une légère dépression circulaire, est aussi garnie par trois boutons ou valvules, au milieu desquels est l'ouverture buccale. L'extrémité postérieure offre, près de l'extrémité et en dessous, l'ouverture anale; le corps est couvert de fines stries transversales.

"Le mâle, plus petit et beaucoup plus rare que la femelle, a l'extrémité postérieure du corps recourbée en crosse et deux spicules courts, aigus, légèrement arqués. La femelle présente l'ouverture génitale ou vulvaire en dessous et en avant du corps; elle est pourvue de deux ovaires longs contournés. Les œufs de l'ascaride lombricoïde sont ovales, longs de 0^{mm}, $75 = 75$, larges de 0^{mm}, $58 = 58$; la coque n'est pas épaisse, elle est lisse et revêtue d'une enveloppe mûriforme, transparente, blanchâtre, mais devenant opaque et brunâtre après la ponte."

La médication par excellence des ascarides, et qui a détrôné tous les vermifuges des anciens, c'est la médication par la santonine, glucoside du semen-contra, constant dans ses effets, insipide, et agissant à dose faible. Sa découverte est allemande et ne remonte qu'à 1830. A la dose de 3 à 10 grains elle cause de la xanthopsie et colore les urines en rouge; elle expulse aisément, toujours et complètement, les lombricoïdes.

Voici quelques formules empruntées au Dr Baylet:

Pour un enfant de moins de 3 ans.

Santonine..... gr. ij.
Calomel à la vapeur..... gr. iv.

Divisez en 8 paquets.

Pour un enfant de 3 à 12 ans.

Santonine..... gr. iv.
Calomel à la vapeur..... gr. viij

Divisez en 8 paquets.

Pour un adulte.

Santonine..... gr. viij
Calomel à la vapeur..... gr. ij
Poudre de jalap..... gr. iv

Divisez en 8 paquets.

Le malade prend un paquet chaque matin, à jeûn, dans une cuillerée à café de miel; il boit immédiatement après une infusion légère d'une plante aromatique comme la menthe poivrée. S'il survient, ce qui est très rare, un sentiment général de lassitude, une impression de froid, la sécheresse et la rougeur des lèvres, la coloration en jaune des urines, la dose ordinaire est divisée en deux parties, pour être prise en deux fois, le matin et le soir. Le quatrième jour, trois ou quatre heures après l'administration de la santonine, le malade prend un laxatif, l'huile de ricin, de préférence à tout autre.

Cette ligne de conduite est celle que conseillent et que suivent tous nos maîtres, MM. C. Davaine, A. Laboulbène, J. Simon.

L'oxyure vermiculaire, petit, allongé, filiforme, produit souvent de graves désordres par le prurit qu'il occasionne: l'insomnie, l'émaciation, l'épilepsie, la spermatorrhée, la leucorrhée, la masturbation, etc. Ils sont souvent rebelles à la guérison, ce qui justifie ce mot d'un de nos maitres: "Si vous voulez faire un bon tour à un confrère, envoyez-lui les malades qui vous consultent pour des oxyures."

" On rencontre presque toujours les femelles des oxyures, longues de 9 à 10 millimètres sur une largeur de 0^{mm}, 5. Le mâle, extrêmement rare, mais que j'ai trouvé et donné à Davaine, est long de 2^{mm}, 5 à 3 millimètres. La femelle a le corps terminé en pointe aigue, d'où le nom du genre, tandis que le mâle a l'extrémité postérieure recourbée et obtuse.

" Les œufs des oxyures vermiculaires sont ovales, aplatis sur un des côtés, ayant 0^{mm}, 053= 53 de long sur 0^{mm}, 28= 028 de large. La coque est lisse. Ces œufs, pondus dans les replis de la muqueuse rectale à des profondeurs variables, éclosent à des intervalles réguliers." (*Laboulbène*).

Parmi les médications proposées, les unes sont presqee sans action (armoise, tanaisie, valériane, santonine, eau froide, purgatifs); les autres sont dangereuses (onguent mercuriel, sublimé, nitrate d'argent). Les injections rectales d'eau sucrée ont donné à Debout d'excellents résultats, ainsi que la glycérine. Mais il faut répéter le traitement à plusieurs reprises, car il reste des œufs dans les replis du rectum et il s'agit d'empêcher

les nouveaux oxyures de vivre, puisque malheureusement les médicaments n'ont aucune action sur les œufs.

Le trichocéphale dispar, aujourd'hui fort rare et inaperçu des malades, est d'un diagnostic fort difficile, en dehors de l'examen microscopique des fèces. Il cause parfois des troubles cérébraux très graves.

Trichocephalus dispar.—Le trichocéphale est un ver nématoïde du gros intestin, du cœcum principalement. Sa forme est remarquable : la partie antérieure est effilée comme un cheveu et la postérieure est renflée et cylindrique. La couleur du corps est brunâtre ou jaune foncé. La longueur du mâle est de 27 millimètres, dont 22 sont applicables à la partie filiforme, et la femelle a jusqu'à 50 millimètres avec 33mm. de portion capilliforme. Le corps est finement strié en travers, avec une bande latérale de petites papilles. La bouche est nue, sans valves ; l'anus est terminal. Chez le mâle, l'extrémité postérieure est enroulée en spirale, avec une cupule d'où sort un penis corné. La vulve est située chez la femelle au point de jonction des parties filiforme et renflée. L'œuf est ovoïde, allongé, avec deux renflements en bouton placés aux deux extrémités du grand axe.

Morgagni avait remarqué le trichocéphale ; mais c'est Rœderer et Wagler qui, sous le nom de *trichuride*, l'ont observé pendant l'épidémie de fièvre muqueuse de Gœttingue, en regardant l'extrémité amincie du ver comme l'extrémité candale.

Le trichocéphale habite le cœcum. On l'a pourtant rencontré parfois dans le côlon et même dans l'intestin grêle, mais jamais dans l'estomac. (*Laboulbène*).

Le traitement est peu connu. On préconise celui des ascarides. Rœderer et Wagler donnaient le mercure trituré avec du sucre, ou les préparations de camphre.

L'ankylostome duodénal, découvert en 1848 par Dubini, observé en Egypte et en Islande. Voici sa description, d'après Laboulbène :

" Le corps est cylindrique, peu courbé, d'une coloration blanchâtre, transparente en avant, jaunâtre en arrière, long de 5 à 8 millimètres chez le mâle, de 9 à 13 chez la femelle. La tête, arrondie, est séparée du cou par un étranglement. La bouche, placée à la face supérieure du corps, est armée d'une capsule cornée, grande, tronquée obliquement ; ayant sur la machoire quatre dents fortes, au moyen desquelles ce ver s'attache sur la muqueuse. L'extrémité postérieure du corps du mâle est dilatée en capsule capulatrice, soutenue par onze digitations. La femelle est atténuée en arrière ; la vulue est située

un peu au-delà du milieu du corps. Il habite le duodénum et surtout le jéjunum, parfois en petit nombre, parfois par centaines et par milliers. (Griesinger).

" L'ankylostome se fixe dans la membaane muqueuse même et le tissu sous-jacent. Une forte ecchymose indique l'endroit où le ver était fixé ; la muqueuse est percée comme par une aiguille, et le sang s'écoule librement dans l'intestin. Parfois, la muqueuse offre un nombre considérable d'élevures de la grandeur d'une lentille, d'un rouge brun, et le ver est recouvert de sang, et plus ou moins profondément enfoncé. D'après Griesinger, l'ankylostome détermine l'anémie par des saignées incessamment répétées."

Voici, maintenant, ce que Davaine pense du traitement :

" Les toniques, le vin, le fer, sont impuissants à guérir cette affection ; les travaux fatigants, un traitement débilitant, antiphlogistique, hâtent la fin des malades ; mais un changement de climat et de régime exerce une influence heureuse sur quelques-uns qui, exceptionnellement en quelque sorte, reviennent à la santé."

Et il ajoute en manière de conclusion :

" L'opinion de Griesinger, que la chlorose d'Egypte tient aux hémorrhagies déterminées par l'ankylostome, demande donc d'être confirmée par de nouveaux faits. Si elle se vérifie, les anthelminthiques, le calomel, la térébenthine, etc., seraient sans doute, comme l'indique M. Griesinger, les meilleurs remèdes à opposer à la chlorose d'Egypte."

Quant aux anguillules stercorales et aux anguillules intestinales découvertes par Normand, étudiées par Bavay, la science n'est pas encore complètement fixée à leur égard. Ces petits vers ont été découverts dans les selles des malades atteints de diarrhée de Cochinchine. Le traitement qui paraît le mieux réussir jusqu'ici est le régime lacté continué pendant longtemps (Dujardin-Beaumetz.)

La prophylaxie des nématoïdes est fort importante, car leur diagnostic est souvent difficile avant qu'ils n'aient produit des accidents ; et, de plus, la prophylaxie est ici le complément indispensable du traitement. Jusqu'aux belles recherches de Davaine, on ignorait presque absolument l'origine des vers. La filtration et même l'ébullition de l'eau, surtout à la campagne, sont reconnus aujourd'hui de tout le monde comme les moyens préventifs par excellence. L'usage de l'eau filtrée devrait être universel ; et l'on verrait les vers diminuer partout dans les mêmes proportions qu'à Paris. La filtration des eaux prévient également une maladie grave, les kystes hydatiques. Ecoutez ce que dit à ce sujet le professeur Laboulbène :

"Pour se garantir des échinocoques venus du *tænia echinococcus* du chien, il faut faire usage de l'eau filtrée. Sachant aujourd'hui ce que j'ai appris, et après ce que j'ai vu trop souvent, si j'étais obligé de boire à la campagne l'eau non filtrée d'une mare où vont les chiens de la ferme, j'aimerais mieux souffrir de la soif; pressé par le besoin de boire, je mettrais du café ou du thé dans cette eau, et j'en ferais une décoction. Si je n'avais ni thé, ni café, j'irais chercher dans un coin du jardin les feuilles de quelque plante aromatique pour les faire bouillir dans l'eau suspectée et, de plus, craignant que les œufs d'échinocoque n'aient pas assez éprouvé l'action de la chaleur, je passerais cette eau à travers un linge. Enfin, je plierais même ce linge en plusieurs doubles, tant je redouterais l'invasion de l'échinocoque, car avec votre science si éclairée et si dévouée, vous auriez peut-être, chers collègues, beaucoup de peine à m'en débarrasser."

La prophylaxie des cestoïdes (tænias) réside, au contraire, surtout dans l'examen attentif des viandes et dans une bonne cuisson de celles-ci.

Quant au traitement curatif des tænias, nous rapporterons sommairement, d'après le Dr Berguin, le traitement actuellement préconisé par Laboulbène :

1° S'assurer d'abord que le malade a réellement le tænia en exigeant de lui qu'il montre le dernier morceau rendu.

2° Nettoyer le rectum par deux lavements de lavage.

3° Administrer 0,30 centigrammes de pelletiérine pour les femmes, 0,40 pour les hommes, et ne pas oublier que les vertiges, loin d'être à redouter, sont au contraire un excellent symptôme et un guide sûr pour le médecin.

4° Administrer un purgatif dont les effets se fassent sentir avant la fin des vertiges. Si ceux-ci étaient passés, ou s'ils étaient peu prononcés, on aurait peu de chances, même en insistant sur les purgatifs, d'obtenir un bon résultat. On n'obtiendrait généralement pas la tête.

Nos lecteurs savent que la pelletiérine, dont nous avons souvent parlé, est l'alcaloïde de l'écorce de grenadier. Sa découverte a été faite, en 1878, par M. Ch. Tainret.

Le vertige, les troubles oculaires et la parésie musculaire des membres inférieurs, apparaissent généralement une demi-heure après l'ingestion de la pelletérine. C'est à ce moment que le tænia, étourdi, lâche prise; c'est aussi ce moment qu'il faut saisir pour administrer un purgatif, dont on ne doit pas craindre de forcer la dose (40 gr. d'eau-de-vie allemande).

Pour assurer le succès du traitement, il faut que le malade aille à la selle sur un vase plein d'eau tiède, pour que le ver

flotte et ne se casse pas en tirant par son poids sorti du rectum. De plus, il faut que le malade ait une chaise percée, où il puisse attendre à son aise les résultats de l'expulsion complète. parfois fort longue et fatigante, s'il n'était pas installé commodément pour y procéder.

Nous nous permettons d'ajouter que, deux fois déjà, nous avons eu l'occasion de prescrire le traitement précédent ; nous avons obtenu deux succès rapides et complets.—*Revue de Thérap. Méd. Chir.*

—

Contribution à l'histoire du jaborandi et de ses alcaloïdes. — *Recherches sur les effets physiologiques des alcaloïdes du jaborandi, par Harnack et Meyer — II. La pilocarpine dans le traitement de la scarlatine et de la diphthérie, par le professeur Demme, de Berne. — Remarquable changement de couleur des cheveux sous l'influence d'un traitement par la pilocarpine, par W. Prentice.*—Les recherches de Harnack et Meyer ont démontré, ce qu'avait déjà prévu notre compatriote M. Hardy, la présence dans le jaborandi de deux alcaloïdes qui ont des propriétés physiologiques absolument différentes. Outre la *pilocarpine* dont on s'est beaucoup occupé dans ces derniers temps, au triple point de vue pharmacologique, physiologique et thérapeutique, le jaborandi renferme un autre alcaloïde, la *jaborine*.

La jaborine, qui prend facilement naissance aux dépens de la pilocarpine, diffère essentiellement de cette dernière au point de vue chimique, en ce que ses sels simples et doubles ne cristallisent pas, sont plus solubles dans l'éther et moins solubles dans l'eau. Au point de vue physiologique, la jaborine manifeste absolument les mêmes propriétés que l'atropine, aussi bien sur le cœur que sur la pupille, les glandes salivaires, l'intestin. Comme l'atropine, la jaborine est antagoniste de la muscarine et fait cesser l'arrêt diastolique du cœur, provoqué par cette dernière. On s'explique ainsi pourquoi la pilocarpine du commerce, adultérée par la présence d'une certaine quantité de jaborine, est douée de cette même action antagoniste.

Au point de vue de l'énergie de son action, la jaborine est comparable à l'hyosciamine, qui l'emporte un peu sur elle en puissance.

Quant à la pilocarpine, son action physiologique a été à tort comparée à celle de la muscarine, tandis qu'elle est en réalité identique, à l'intensité près, à celle de la nicotine. Celle-ci est un poison dangereux, parce que ses effets délétères sur les

organes essentiels sont les premiers à se manifester, tandis qu'avec la policarpine ces mêmes effets ne se montrent qu'à une période tardive de l'empoisonnement avec de fortes doses de cet alcaloïde. La pilocarpine, dans une première phase de son action, abaisse la pression vasculaire et ralentit le cœur jusqu'à l'arrêter en diastole. Mais bientôt le cœur se remet à battre et la pression se relève au niveau physiologique. Ce ralentissement initial du cœur est dû à une excitation des ramifications terminales du nerf vague dans le cœur.

Si on administre à un animal de fortes doses de pilocarpine, on voit survenir, dans une seconde phase, une nouvelle dépression vasculaire avec ralentissement des contractions cardiaques qui conservent leur énergie. Avec des doses plus fortes encore, la pression sanguine s'abaisse de plus en plus. et le cœur finit par s'arrêter. Les ramifications du nerf vague ont perdu leur excitabilité. Jamais les deux expérimentateurs n'ont pu obtenir à une phase quelconque de l'action de la pilocarpine, un ralentissement du pouls, parce qu'ils expérimentaient avec de la pilocarpine pure, sans mélange de jaborine.

Dans la seconde phase de son action, la policarpine paralyse, en même temps que les nerfs vagues, le centre vaso-moteur. Il en résulte une dilatation des petits vaisseaux, qu'on peut constater *de visu* sur l'oreille du lapin. Si, à cette période, le pouls se ralentit malgré la paralysation des nerfs vagues, c'est sans doute en vertu d'une action dépressive directe de la pilocarpine sur le muscle cardiaque.

Les recherches de Harnack et de Meyer ne nous apprennent rien de bien nouveau touchant l'action que la pilocarpine exerce sur la pupille (myosis par excitation des filets terminaux de l'oculo-moteur), — sur l'intestin (exagération des mouvements péristaltiques, due à une excitation des appareils ganglionnaires),—sur l'utérus dont elle réveille les contractions,—sur les sécrétions et en particulier sur la sécrétion salivaire, qu'elle active en vertu d'une excitation des appareils nerveux des glandes.

Enfin, comme la nicotine, mais beaucoup plus tardivement, la pilocarpine, à très hautes doses, provoque des mouvements convulsifs qui, chez les animaux supérieurs, intéressent principalement les muscles respirateurs. Ces accidents convulsifs sont dus à une excitation de certains centres logés dans la moelle allongée, comme il résulte des expériences de Harnack et Meyer.

—De différents côtés on avait vanté dans les derniers temps l'émploi de la pilocarpine pour combattre les manifestations hydropiques qui surviennent dans le décours de la scarlatine

et de la diphthérie, sous l'influence des complications rénales. On avait aussi attribué à cette médication le privilége de guérir et d'enrayer les accidents urémiques nerveux, consécutifs à la néphrite scarlatineuse. Enfin, au dire de quelques médecins d'enfants, la pilocarpine, administrée par la voie sous-cutanée, agirait presque à l'égal d'un spécifique pour dissoudre et faire tomber les fausses membranes diphthéritiques.

Le professeur Demme, placé à la tête de l'hôpital des enfants de Berne, a institué des expériences cliniques dans le but de contrôler ces assertions; ses consciencieuses recherches l'ont conduit aux conclusions suivantes:

Tout d'abord, comme il était permis de le prévoir, le pilocarpine en injections sous-cutanées est dépourvue de toute action spécifique contre les manifestations de la diphthérie. C'est tout au plus si le médecin de Berne reconnaît à cette médication une certaine aptitude à faciliter l'élimination des produits pseudo membraneux, dans l'angine croupale bénigne.

Dans les cas de scarlatine où l'exanthème tarde à se montrer, ou lorsqu'elle est incomplète, on retire les meilleurs effets de l'action diaphorétique de la pilocarpine, et on en enraie les accidents nerveux graves qui surgissent habituellement en pareil cas.

Mais cette médication, même quand elle est instituée au début de la période éruptive, est impuissante à prévenir les complications rénales de la scarlatine et leurs manifestations cliniques. C'est tout au plus si, en activant la diaphorèse et la sécrétion urinaire, la pilocarpine diminue la gravité et abrège la durée des accidents urémiques souvent mortels qui éclatent dans le décours de la scarlatine, après le stade éruptif. De plus, Demme attribue à la pilocarpine une action expectorante qui ne serait pas à dédaigner.

Ces avantages de la médication par la pilocarpine paraissent bien minces en regard des inconvénients qu'elle entraîne, et que Demme a eu soin de mettre en évidence. La pilocarpine à doses un peu élevées exerce une action dépressive sur le cœur, comme il a été dit plus haut. On s'explique ainsi que cette medication expose les malades aux dangers du collapsus, qui ne font presque jamais défaut lorsque pendant plusieurs jours de suite on injecte sous la peau un centigramme de chlorhydrate de pilocarpine dans le courant des vingt-quatre heures.

Quand on songe que les maladies telles que la scarlatine, la diphthérie, disposent naturellemont à la parésie cardiaque, on conçoit que l'emploi de cette médication réclame une grande circonspection, et, si tant est qu'on veuille y recourir, on fera

bien, suivant les conseils de Demme, de faire précéder l'incorporation de la pilocarpine de l'administration de cordiaux tels que vins généreux, infusion de café noir, de thé, tout en limitant les doses.

Administrée par la bouche, la pilocarpine se montre moins active; de plus, elle exerce sur la muqueuse intestinale une irritation qu'on prévient en partie par l'addition à la potion d'une certaine quantité de gomme.

—A plusieurs reprises on a publié des faits qui représentent la pilocarpine comme douée de la propriété de favoriser la croissance des cheveux. Une observation de Prentiss démontre que l'administration de cet alcaloïde peut modifier sensiblement la pigmentation des cheveux. L'auteur soignait une jeune dame dont la chevelure était d'un blond très clair, et depuis douze jours il lui pratiquait des injections sous-cutanées de pilocarpine, lorsqu'il s'aperçut que les cheveux de la patiente avaient pris une teinte plus foncée. Quatre mois plus tard et, quoique les injections de pilocarpinn eussent été suspendues pendant plusieurs semaines, la chevelure de cette dame était d'un noir très foncé. Les cheveux avaient gagné en épaisseur et à l'aide du microscope on ne pouvait découvrir d'autre modification qu'une richesse plus grande en pigment. Les yeux également étaient devenus d'un bleu plus foncé.

E. RICKLIN.

Vaccination.—Infériorité du vaccin de génisse.— En mars 1870, alors que sévissait déjà l'épidémie de variole qui régna dans cette année fatale et que le public, troublé par tout ce qu'il avait entendu dire, d'une part, sur la syphilis vaccinale et, d'autre part, sur les avantages du vaccin animal, ne voulait plus entendre parler que de ce dernier, M. Burq, prit, en dehors de l'administration, l'initiative de tenter personnellement d'apporter un remède à cet état de choses.

A cet effet, il eut recours aux mêmes moyens et procédés qui avaient servi aux prôneurs de la vaccination remise en vogue pour vacciner leurs premières génisses, et, lorsqu'il fut suffisamment prêt, il fit annoncer par la *Gazette des hôpitaux* du 17 mars qu'il tiendrait, dans le plus bref délai, du vaccin de génisse à la disposition de ses confrères de Paris et des départements.

Pendant environ dix mois que dura la campagne, le chiffre des tubes de vaccin délivrés sur place ou expédiés dépassa un demi-mille, et celui des vaccinations et revaccinations ne fut point au-dessous de quatre cents.

Voici quels furent les résultats des opérations :

A. Le vaccin de génisse, recueilli dès le cinquième jour ou tout au moins le sixième sur un animal qui n'avait reçu qu'un petit nombre de piqûres, nous donna, de génisse à bras, des résultats apparents très notablement supérieurs à ceux qu'ont fait connaître les relevés statistiques des inoculations pratiquées à l'hôpital Saint-Antoine, à la Charité, à l'hôpital des Enfants, dans les hôpitaux militaires, etc., avec les génisses officielles, résultats qui parurent parfois ne laisser rien à désirer par rapport à ceux de la vaccination jennérienne.

B. Plus tard, lorsque les demandes affluèrent, M. Burq fut obligé pour y répondre, de recourir à la multiplication des piqûres sur la même bête, l'un des avantages les plus réels en apparence de la vaccination animale ; les succès, de génisse à bras, parurent diminuer en raison directe du nombre de boutons, comme s'il y avait eu diffusion ou atténuation proportionnelle de la virulence du vaccin. Il en fut de même pour ceux de ses confrères de Paris auxquels il avait remis du vaccin en tubes.

D'ailleurs, ce ne sont pas seulement ses propres tubes qui échouèrent. M. le docteur Pantaleoni lui écrivait de Nice : " Pas un seul tube de vaccin de génisse ne m'a réussi."

A quelques kilomètres de Paris seulement, à Saint-Germain en Laye, M. le docteur Lure n'était pas plus heureux. " J'ai eu, disait-il, à la date du 27 mai 1870, à ma disposition une quarantaine de tubes à vaccin de génisse, envoyés par M. Chambon et vous... Je n'ai obtenu que des résultats négatifs."

Est-il besoin de rappeler que M. le docteur Gallard envoyait, presque à la même époque, aux quatre points cardinaux de la France, des tubes de vaccin de génisse recueilli aux sources les plus réputées, et que pas un de ces tubes ne produisit un seul bouton entre les mains de huit médecins différents ?

M. Burq rappelle ce qu'il disait dans la séance du 15 juin de la Conférence médicale de Paris : "Quelle confiance, quelle sécurité pour l'avenir peut-on accorder à un mode de vaccination dont la base, l'élément essentiel est si fragile ? " Et il ajoute aujourd'hui : " A supposer que toutes choses soient égales, d'ailleurs, entre le vaccin humain et le vaccin de génisse, lorsqu'on se place dans les conditions signalées dans notre première proposition, et qui peuvent seules permettre, suivant nous, d'obtenir des résultats apparents comparatifs, quel avantage y aurait-il à recourir à un mode de vaccination coûteux (chaque génisse ne nous revient pas à une somme moindre de 110 à 120 francs), plein de difficultés pratiques, pénible, rebutant parfois même, etc., les animaux se vengeant

bien souvent des tortures subies ? Et quel argument resterait-il encore à faire valoir en faveur du vaccin de génisse à ses partisans, intéressés ou non, si l'on n'était en possession d'un moyen facile d'aménager et de conserver le vaccin humain, de façon à ce que l'on pût le parceller de manière à suffire à tous les besoins ? Or, ce moyen cherché dès 1870 à la suite de nos premières déconvenues, n'est plus à trouver. Nous espérons le démontrer dans la prochaine séance à l'Académie. — *Bulletin général de Thérapeuthique.*

—

Traitement de l'amygdalite et de l'hypertrophie tonsillaire par le bicarbonate de soude.—Le Dr Armangué apporte sept observations d'angines tonsillaires guéries en moins de vingt-quatre heures par le bicarbonate de soude. Ce moyen a été préconisé par le Dr Giné, professeur de clinique chirurgicale, qui emploie localement le bicarbonate de soude, soit en insufflations, soit en applications directes faites à l'aide du doigt du malade. Le traitement doit être souvent répété jusqu'à disparition complète du mal. Le Dr Giné compte par douzaines les cas dans lesquels la guérison a été complète en moins de vingt-quatre heures, et jamais il n'a vu ce moyen rester sans effet. Le soulagement est presque toujours immédiat, en tout cas, il ne se fait pas attendre longtemps. Son efficacité est surtout grande dans la période prodromique de l'amygdalite. qu'il fait sûrement avorter. D'après le Dr Giné, le bicarbonate de soude ne diminue pas la prédisposition aux angines, mais en arrête le développement. L'amygdalotomie est une opération inutile dans l'hypertrophie tonsillaire, puisqu'on peut vaincre celle-ci en peu de temps, par la fréquente application du sel de soude. (*Siglomed*).—*Revue de Thérapeutique Médico-Chirurgicale.*

—

Nouvelle méthode pour produire l'anesthésie du larynx.—M. le professeur Rossbach s'est demandé s'il ne serait pas possible d'interrompre la conductibilité du tronc du nerf sensitif du larynx, afin d'obtenir ainsi l'anesthésie complète de cet organe. Le tronc de la branche exclusivement sensitive du nerf laryngé supérieur pénètre dans l'intérieur du larynx en traversant la membrane thyro-hyoïdienne, au-dessous de l'extrémité arrondie de la grande corne de l'os hyoïde. A ce niveau, le tronc nerveux est très-superficiel, et il devait être facile, au moyen des agents ordinaires, de détruire sa con-

ductibilité. L'auteur pratiqua en ce point et des deux côtés du cou, d'abord une injection sous-cutanée de 0 gr. 005 de morphine. Le succès fut complet. Il reconnut ensuite, par des expériences faites sur des personnes saines, que la conductibilité pouvait aussi être interrompue par un froid intense. Il s'est servi, à cet effet, d'un pulvérisateur de Richardson, dont le jet sortait par deux petites ouvertures, écartées l'une de l'autre, de manière à ce que les deux nerfs fussent atteints à la fois. Une pulvérisation d'éther, pendant moins de deux minutes a suffi pour rendre l'intérieur du larynx insensible au contact d'un corps étranger.

L'auteur pense que cette méthode pourra aussi être utile dans les crampes réflexes, ayant leur point de départ dans l'intérieur du larynx, ainsi que dans les douleurs violentes de organe.—(*Annales des maladies de l'oreille et du larynx.*)—*Lyon Médical.*

—

Du microbe de la diphthérie et de sa culture.—M. Talamon est parveuu à isoler le microbe de la diphthérie chez six individus atteints d'angine couenneuse. Il a pu cultiver ce microbe et l'inoculer à des lapins qui sont morts sans présenter, il est vrai, les lésions caractéristiques de l'affection ; mais de jeunes chats, ayant été enfermés dans le local où ces lapins avaient vécu après l'inoculation, ont contracté la diphthérie et en sont morts. A l'autopsie, on a trouvé dans le pharynx, la trachée et les bronches des fausses membranes présentant tous les caractères des fausses membranes diphthéritiques. L'examen microscopique y a fait découvrir le même microbe.—*Lyon Médical.*

—

Du traitement du psoriasis et de l'eczéma par le naphtol.—Kaposi a expérimenté l'emploi du naphtol dans trois cas *invétérés* de cette dermatose si rebelle, chez des femmes âgées de vingt à vingt-cinq ans. Chez toutes les trois, les squames de psoriasis se détachèrent déjà après une première application d'une pommade à 15 pour 100. Après 6 à 8 onctions, les plaques de psoriasis étaient moins saillantes, d'un rose pâle ; après 16 ou 20 inonctions, elles étaient devenues tellement pâles que, par comparaison avec la peau saine environnante, elles semblaient avoir perdu leur pigmentation normale, comme dans les cas de vitiligo.

Dans les cas d'eczéma intertrigineux et d'eczéma squameux,

l'emploi du naphtol a donné les meilleurs résultats pour combattre l'hypérémie, la désquamation, les démangeaisons, et pour favoriser la régénération de l'épiderme. Tout d'abord Kaposi avait employé une solution comprenant 5 parties de glycérine pour 40 parties d'alcool étendu. Mais cette solution fut trouvée trop forte et la proportion de naphtol fut progressivement abaissée à 1, et même 0.50 pour 100. Dans certains cas on devra même se borner à l'emploi d'une solution à 0.25 pour 100 ; car le naphtol, même en solution étendue et en application topique, n'est pas un remède inoffensif comme ses congénères, l'acide phénique, l'acide salicylique, etc. L'usage en doit être surveillé avec une grande prudence, sans quoi on ne fera qu'aggraver les accidents cutanés. Il faut, de plus, choisir le moment opportun de son emploi, qui est, d'une façon générale, la période où la région eczémateuse, quoique encore hypérémiée, n'est pas sensiblement plus chaude que la peau saine. Alors, après deux à quatre badigeonnages avec une solution de naphtol d'un demi à 2 pour 100, on réussira à calmer les démangeaisons et à rendre à la peau sa teinte et son aspect habituels. Souvent, dès les premiers jours, l'épiderme se colore en brun jaunâtre et se détache sous forme de lamelles assez larges et très minces. A ce moment là, il faut suspendre l'emploi du remède. En continuant on ne ferait qu'aggraver le mal.

Il faut s'arrêter également lorsque les applications de naphtol augmentent l'hypérémie cutanée ou lorsque l'épiderme vient à se fendiller.

L'emploi du naphtol a donné encore de bons résultats dans un certain nombre de cas de séborrhée du cuir chevelu, de prurigo, dans un cas d'ichthyose et dans un cas de lupus érythémateux. Dans huit cas de lupus vulgaire, dans neuf cas d'épithélioma, le naphtol s'est montré absolument inefficace.—*Bulletin Général de Thérapeutique.*

—

Des névralgies viscérales et de leur traitement, par Neftel.—Chez des malades affaiblis, anémiques par suite de troubles dyspeptiques prolongés, de malaria, se montrent quelquefois des phénomènes nerveux divers, entre autre une sensation très douloureuse dans le rectum après chaque défécation et persistant plusieurs heures ; perte des forces. Quelquefois névralgie uréthro-vésicale de même nature après chaque miction ; souvent chez les femmes dysménorrhée. L'auteur suppose ici une excitabilité particulière de la moelle

lombaire; aussi recommande-t-il la galvanisation du centre génito-spinal et des splanchniques. Ainsi, au moment des plus fortes douleurs dysménorrhéiques, placer l'anode (cuivre ou pôle positif) sur la colonne lombaire, le cathode (zinc ou pôle négatif) sur l'hypogastre ou la région sus-pubienne, promenant d'ailleurs l'anode sur toute la colonne lombaire et le cathode sur les deux régions inguinales. La force des courants et leur temps d'application varieront suivant la susceptibilité individuelle. Le traitement galvanique devra durer plusieurs mois; ne pas oublier, d'ailleurs, de lui adjoindre le fer et le quinquina.—*Bull. gén. de Thérapeutique.*

—

De l'hamamelis virginica ou witch hazel (noisetier de sorcière) contre les congestions et les hémorrhagies.—C'est un arbuste des États-Unis appelé quelquefois *fleur d'hiver, aune tacheté*, etc. Il est formé de plusieurs troncs branchus, tordus, provenant de la même racine, atteignant de 6 à 8 centimètres de diamètre, 3 ou 4 mètres de hauteur, et couvert d'une écorce lisse et tachetée.

Il fleurit de septembre à novembre au moment de la chute des feuilles, et ses graines mûrissent l'été suivant. L'écorce et les feuilles sont les parties employées en médecine, elles ont une odeur agréable, aromatique et un goût amer et astringent; elles laissent à la bouche une sensation à la fois âcre et sucrée.

Action thérapeutique.—D'après Hale, l'hamamélis est un médicament puissant dans toutes les affections du système veineux, Il l'a toujours trouvé efficace contre les congestions passives et l'a employé avec succès dans la phlébite, les varices, les congestions et hémorragies veineuses.

Hale présente ce nouveau médicament comme un *hémostatique puissant* et il insiste surtout sur les résultats curatifs qu'il a obtenus dans les affections suivantes:

Tête. — Céphalalgie gravative; épistaxis idiopathique ou symptômatique; stomatite simple ou érythémateuse, stomatite aphtheuse; hémorrhagies de la muqueuse buccale et des gencives; gonflement des gencives (scorbut).

Conjonctivite simple et catarrhale.

Amygdalite. Pharyngite avec hypérémie et dilatation variqueuse du réseau veineux. Varicose de la gorge. Hématémèse; hémorrhagies intestinales; hémorrhoïdes douloureuses et saignantes.

Organes génito-urinaires.— Uréthrite simple ou virulente; orchite blennorrhagique; névralgie testiculaire; métrorrhagie

vaginite aiguë ; prurit vulvaire, vaginisme ; leucorrhée ; dysménorrhée, aménorrhée ; hémorrhagies supplémentaires ; névralgie utérine.

Hémoptysie. — Hémorrhoïdes douloureuses et saignantes ; scorbut ; purpura.

Deux gouttes dans un peu d'eau cinq fois par jour.

Le médicament a été employé par Hale sous forme de *teinture alcoolique* préparé avec l'écorce et les feuilles ; dans le plus grand nombre de cas l'emploi externe a été combiné avec son usage interne.—Fumigation dans le pharynx ou compresses imbibées, 20 gouttes pour un verre d'eau sur les parties malades.—*Bull. Gén. de Thérapeutique.*

Des inconvénients de l'huile de foie de morue chez les enfants en bas âge. — Le Conseil d'hygiéne publique et de salubrité a soumis récemment à la sanction de l'Académie de médecine un rapport sur les inconvénients de l'huile de foie de morue administrée aux enfants du premier âge. Bien que la Commission de l'hygiène de l'enfance, saisie de la question, n'ait pas encore fait connaître son appréciation, nous croyons devoir mentionner les accusations portées contre ce médicament.

Tous les médecins savent quelle influence néfaste exerce sur la santé des jeunes enfants une alimentation défectueuse, et, en particulier, la nourriture animale Or, les matières grasses conviennent tout aussi peu à l'alimentation du nouveau-né que les albuminoides (excepté, toutefois, la caséine qui existe normalement dans le lait et se montre parfaitement assimilable.

En effet dans les premiers temps de la vie, les sucs propres à émulsionner les matières grasses font presque entièrement défaut. Le foie, malgré l'énorme developpement qu'il presente dans cette période de la vie, ne sécrète qu'une faible quantité de bile. De plus, les recherches de Langerderf et de Zweiful ont prouvé que chez les jeunes enfants le suc pancréatique ne possède qu'un pouvoir émulsif nul ou peu marqué.

Ces considérations physiologiques font suffisamment comprendre, que, loin d'être profitables à l'enfant, les matières grasses et en particulier, d'huile de foie de morue ne peuvent que nuire à sa santé, en compromettant gravement l'intégrité de ses fonctions digestives.—*Le Médecin Praticien.*

PATHOLOGIE ET CLINIQUE CHIRURGICALES.

Nature et traitement des abcès froids.—Depuis quelques années, l'opinion des pathologistes sur la nature des abcès froids s'est complètement modifiée, grâce aux recherches histologiques de Brissaud et Josias, de Charchot, de Grancher, mais surtout grâce au livre remarquable du Dr Lannelongue. Tout le monde connait l'esprit original et fécond du savant chirurgien de l'hôpital Trousseau ; chacun se rappelle les importantes communications faites récemment par lui à l'Académie de Médecine sur l'ostéomyélite spontanée, à la Société de Chirurgie sur la syphilis infantile ; c'est encore sur les enfants de son service qu'il a étudié les abcès froids si fréquents dans le jeune âge, et c'est avec son talent ordinaire qu'il a exposé le résultat de ses savantes recherches.

Jusqu'ici les définitions de l'abcès froid données par les auteurs étaient variables et assez peu précises: ce défaut d'uniformité tenait à l'incertitude dans laquelle on restait au sujet de la nature de l'affection. On était obligé de s'en tenir à l'énumération des principaux symptômes : " Les abcès froids disent Jamain et Terrier, sont des abcès qui se sont développés lentement, sans avoir été précédés d'un travail inflammatoire bien manifeste." Pour les auteurs du *Compendium*, " on donne le nom d'abcès froids à des collections purulentes qui se forment lentement, sourdement, presque sans douleur, dans le tissu cellulaire, et dont le développement n'est pas lié à une maladie primitive des os." Aujourd'hui, grâce aux travaux que nous venons de mentionner, on peut ajouter que l'*abcès froid est une tumeur de nature tuberculeuse.* Les recherches histologiques et l'étude du développement du tubercule en fournissent des preuves irrécusables. Elles nous montrent le noyau tuberculeux à l'état naissant sous forme de granulations se développant peu à peu aux dépens du tissu cellulaire dans lequel il a pris naissance, se substituant à lui à mesure qu'il augmente de volume, se présentant avec les caractères qui lui ont valu, de la part de Brissaud et Josias, le nom de *gomme tuberculeuse*, puis se ramollissant à son centre pour devenir peu à peu un abcès froid. Cette méthode, qui consiste à prendre une affection à son origine, à la suivre pas à pas dans les diverses phases de son développement, est certainement la plus propre à nous éclairer sur la nature de cette affection. Pour l'abcès froid, il n'est pas facile de remonter jusqu'à la

période initiale et de surprendre la lésion à l'état de granulation, cet état n'étant que tout à fait transitoire; mais, tout dans son histoire, son origine, son siége, sa marche, ses complications, les diverses circonstances de son développement, tout peut être invoqué comme preuve de sa nature tuberculeuse.

Une des particularités les plus intéressantes, et pouvant servir le plus utilement à la défense de cette thèse, c'est la constitution de la paroi. On sait que l'abcès est formé de deux parties: une cavité limitée par une paroi assez épaisse; un contenu, liquide purulent d'une manière particulière.

L'étude histologique de la paroi, *membrane pyogénique* des auteurs, sur le rôle de laquelle ont eu lieu de si nombreuses discussions, établit d'une façon définitive qu'il s'agit, non pas d'une simple membrane limitante, constituée par le refoulement, le tassement et l'induration du tissu cellulaire voisin, mais d'une paroi de nature purement tuberculeuse. Lorsque l'induration du début commence à se ramollir à son centre, elle se transforme en une cavité contenant non pas du pus, mais un liquide séreux tenant en suspension des grumeaux caséeux, détritus résultant de la désagrégation centrale. Il en résulte que la prétendue membrane pyogénique n'est qu'une des parties constituantes de l'induration tuberculeuse du début et qu'après le ramollissement elle n'est que le reliquat de la masse indurée primitive. Cette paroi est elle-même infiltrée de granulations, de tubercules à des phases plus ou moins avancées de leur développement; ceux qui se ramollissent déversent dans la cavité centrale leur contenu caséeux et lui donnent cet aspect irrégulier, anfractueux, qui la caractérise.

D'un autre côté, à mesure que le ramollissement central s'accentue, que la cavité s'étend, la masse tuberculeuse augmente en volume: il en résulte que l'abcès froid est assimilable à un néoplasme qui se creuserait d'une cavité, à mesure qu'il envahirait les tissus voisins. M. Lannelongue insiste beaucoup sur ce fait que la paroi des abcès froids n'est pas une paroi inerte, simple résultat du refoulement excentrique du pus, mais une paroi douée de propriétés actives. Elle s'accroît par elle-même, se substituant aux tissus qu'elle envahit; dans certaines circonstances, sa surface externe devient même le siége d'une prolifération remarquable. Elle donne naissance à des bourgeonnements épithéliaux qui s'insinuent peu à peu entre les organes, en suivant les chemins les plus faciles, gagnant les interstices celluleux, se propageant le long des cordons vasculo nerveux, refoulant les tissus ou les perforant suivant leur degré de résistance, venant parfois se faire jour à l'extérieur et créant ainsi des trajets fistuleux qu'il deviendra indispensable de détruire.

Cette manière de comprendre l'abcès froid est des plus ingénieuses. Elle permet d'assimiler cette lésion à une tumeur sarcomateuse. La comparaison poussée trop loin perdrait cependant de son exactitude; n'oublions, pas, en effet, que l'abcès froid peut guérir spontanément, qu'il peut subir la transformation kystique, et que, par conséquent, sa tendance envahissante est loin d'être aussi prononcée que celle du sarcôme.

Mais ces faits sont exceptionnels, et le résultat de tout ce qui précède c'est la nécessité de détruire entièrement les tissus tuberculeux, de pratiquer l'extirpation de la membrane elle-même. On voit tout de suite combien cette méthode rationnelle diffère de celles auxquelles on a eu recours jusqu'ici, et on s'explique facilement l'insuccès si fréquent de ces dernières. Qu'espérer de l'action des résolutifs sur une masse caséeuse? Quel résultat attendre de la ponction suivie de l'évacuation d'un liquide qui se renouvelle naturellement tant que la source n'en est pas tarie? La méthode de Flaubert, qui consistait en une large incision permettant de mettre à découvert toute la paroi et de porter sur cette paroi des substances plus ou moins irritantes, était la plus efficace. On obtenait la guérison toutes les fois que la tumeur tuberculeuse, ayant achevé son évolution, était entraînée en entier par la suppuration. Mais on conçoit combien cette méthode était lente et peu sûre. Il fallait attendre que tous les produits caséeux eussent disparus pour voir se former un bourgeonnement qui permettait à la cavité de se combler peu à peu.

La méthode de Lister, qui consiste à ouvrir l'abcès, à toucher les parois de la cavité avec une solution phéniquée forte et à établir un écoulement convenable du pus, est elle-même insuffisante et pour les mêmes raisons. Elle n'a, sur la précédente, que l'avantage de mettre le malade à l'abri des accidents septiques.

La méthode de M. Lannelongue, préconisée par M. Trélat, au Congrès d'Alger (1881), consiste dans la décortication de la poche, dans l'ablation de la tumeur; et c'est ici que l'assimilation de l'abcès froid à une tumeur sarcomateuse trouve son utilité pratique. En effet, s'il est vrai que cette paroi est douée de propriétés actives, qu'elle peut engendrer des bourgeonnements qui se propagent au loin, il faut porter l'action du bistouri non-seulement sur la tumeur elle-même, mais sur chacun de ses prolongements; il faut les poursuivre dans leurs directions diverses et ne rien laisser subsister qui puisse devenir le point de départ d'une production nouvelle. L'abcès sera alors transformé en une plaie simple, qui guérira facilement,

et pour laquelle on pourra avoir recours avec avantage au pansement de Lister.

Il faut cependant reconnaître que cette méthode n'est pas applicable à tous les cas. Il y a des régions dangereuses dans lesquelles une dissection minutieuse n'est pas possible, et où un chirurgien prudent ne porte pas son bistouri sans une nécessité absolue. Mais il existe surtout des cas où les prolongements de l'abcès, les trajets fistuleux sont si profonds, qu'on ne connait pas toujours leur point de départ. Dans ces cas, il faut se contenter d'un grattage, qui a pour but d'enlever toutes les productions fongueuses et caséeuses, de détruire autant que possible les tissus infiltrés de tubercules et d'éviter un long travail d'élimination. M. Trélat pense qu'on peut se contenter de ce simple grattage; M. Lannelongue, plus radical, n'y a recours que lorsque l'extirpation ne lui permet pas de poursuivre le tissu tuberculeux jusque dans ses derniers retranchements.—*Journal de médecine de Bordeaux.*

Du traitement des tumeurs érectiles par la vaccination.—M. Constantin PAUL lit une note sur le traitement des tumeurs érectiles par la vaccination.

Depuis que nous cultivons le vaccin sur la génisse, dit M. Constantin Paul, nous avons à notre disposition des quantités de vaccin qui permettent de recourir à des procédés plus efficaces pour faire pénétrer le vaccin dans les tumeurs.

Le nouveau procédé qu'il a imaginé consiste à recouvrir d'abord la tumeur d'une couche de vaccin, puis à dessiner sous le liquide, au moyen d'une aiguille tranchante, des incisions superficielles, qui seront plus tard des digues cicatricielles, c'est-à dire des digues opposées à l'extension de la tumeur et à la rupture de ses vaisseaux. C'est le même procédé qu'il a adopté pour la vaccination ordinaire. Il présente un enfant qu'il a opéré il y a six mois. Chez cet enfant, la tumeur avait des proportions considérables; il y avait à la nuque trois tumeurs érectiles dont deux étaient plus larges que des pièces de vingt sous, puis une dernière occupant toute la région occipitale et remontant du côté droit derrière l'oreille jusqu'au sinciput. En un mot, elle couvrait presque toute la nuque et un quart de la surface crânienne.

La plaie a mis trois mois à se cicatriser. On peut, aujourd'hui, constater les résultats suivants:

D'abord l'inoculation a pris partout; la cicatrice forme une surface continue; elle est blanche, ne comprenant que le

derme, qui est dévascularisé. Elle est encore soulevée par le développement des vaisseaux sous cutanés qui soulèvent la cicatrice dans une certaine étendue. D'après les résultats obtenus dans les autres cas qu'il a opérés, M. Constantin Paul a sujet d'espérer qu'il y aura plus tard une atrophie de la portion restante du tissu morbide.

M. BLOT ne croit pas que le procédé que vient d'exposer M. Constantin Paul soit susceptible d'être aussi généralisé qu'il le pense. Il ne sera pas applicable au cas où les tumeurs érectiles font une saillie considérable au-dessus de la peau, ni à celles qui ont une certaine épaisseur. Tout au plus pourra-t-on y avoir recours pour les simples taches ou pour les tumeurs aplaties ou d'une très faible épaisseur. La rapidité avec laquelle marchent certaines de ces tumeurs ne permettrait pas toujours, d'ailleurs, d'y recourir. Telle tumeur qui semble opérable aujourd'hui peut ne plus l'être dans quelques jours.

Enfin, en ce qui regarde la manière de procéder de M Constantin Paul, qui recouvre la tumeur de vaccin avant de pratiquer les incisions, n'y a-t-il pas à craindre que le sang qui s'échappe de ces incisions n'entraîne le vaccin ? Il aime mieux, pour sa part, pratiquer les incisions d'abord et les laisser saigner avant d'appliquer le vaccin.

M. GOSSELIN. Il y a une distinction fondamentale à faire entre les tumeurs érectiles superficielles et celles qui sont sous-cutanées. Dans le cas que nous présente M. Constantin Paul, il s'agit d'une tumeur sous-cutanée. Je doute que son procédé réussisse.

M. CONSTANTIN PAUL. Dans le cas que je viens d'avoir l'honneur de présenter à l'Académie, il y a à la fois tumeur cutanée et tumeur sous-cutanée. C'est à la tumeur cutanée que s'adresse le procédé de la vaccination. Or, on peut voir dès à présent que l'ancien tissu morbide y est remplacé par du tissu cicatriciel.

M. J. GUERIN rappelle, à cette occasion, qu'il a, dans le temps, traité avec succès des tumeurs érectiles de ce genre par de simples scarifications sous-cutanées.

Sur l'usage des antiseptiques dans la lithotomie. —Languebuch publie un mémoire dans lequel il démontre ses préférences pour l'emploi de la lithotomie sus-pubienne, sur toute autre méthode, pour enlever un calcul vésical. Il décrit dans son mémoire la marche qu'il a suivi pour enlever un volumineux calcul. Après avoir distendu la vessie avec de l'eau,

et introduit de 400 à 600 grammes d'eau dans un sac de caoutchouc placé dans le rectum, je fis une incision de 8 à 10 centimètres au-dessus du pubis.

Cette incision fut pratiquée en suivant horizontalement le bord supérieur de la symphyse, et à angle droit avec la ligne médiane du corps.

Les parties molles furent séparées, de la partie supérieure de l'os pubis jusqu'en bas vers la vessie, de façon à ce que la face antérieure de celle-ci et la partie sus-vésicale du péritoine fussent mises à nu.

Cette partie du péritoine fut divisée dans la même étendue que l'incision cutanée.

Chaque extrémité de l'incision cutanée fut ensuite prolongée, en haut de 2 à 3 centimètres, de façon à former un lambeau ayant la figure d'un *U*, et toute l'épaisseur de la paroi abdominale. Ce lambeau est placé en arrière, au delà du sommet de la vessie, et, maintenu dans cette position, par des sutures qui ne sont pas passées à travers toute l'épaisseur de la paroi vésicale. De cette manière, on forme un nouveau repli péritonéal bien fermé ayant quelques centimètres de plus, en hauteur, qu'à l'état normal. Enfin, en raison de sa position plus postérieure, il est moins exposé aux blessures pendant l'enlèvement du calcul.

La suite du traitement est identique à celui qui est adopté ordinairement pour l'opération des calculs par la voie sus-pubienne.—*Bulletin Gén. de Thérap.*

—

Plaies du larynx, leur gravité, leur traitement.— D'après le docteur Raoul, les petites plaies du larynx sont très graves, parce qu'elles donnent fréquemment naissance à de l'emphysème sous-cutané ou à des infiltrations sanguines; les larges plaies le sont beaucoup moins.

La suture est très nuisible dans les grandes plaies; elle augmente l'irritation, l'inflammation, et favorise la production de tous les autres accidents.

La réunion de la peau par suture, par-dessus une plaie du larynx réunie également par suture est un procédé à rejeter; la réunion de la plaie seule du larynx est suffisante, le développement des bourgeons charnus étant lui-même suffisant pour amener la réunion de la peau.

La réunion de la peau par-dessus une plaie de la trachée non réunie est également à rejeter, parce qu'alors le pus et le sang s'écoulent incessamment dans les bronches.

Les plaies siégeant sur la membrane thyro-hyoïdienne sont plus graves que celles portant sur toute autre partie du larynx. —*Bulletin Général de Thérapeutique.*

—

Des antiseptiques ; leurs avantages dans le traitement des plaies.—D'après le docteur M. Perreau, le pansement des plaies par les teintures alcooliques, les antiseptiques a, sur les lésions traumatiques anciennes ou récentes, une double action. Dans les plaies récentes il agit comme astringent, coagulant, cicatrisant énergique ; il arrête le suintement sanguin, sèche la plaie et s'oppose à la formation du pus. Il prévient les phlegmons diffus, l'érysipèle, l'angioleucite en coagulant le sang contenu dans les petits vaisseaux.

Dans les plaies anciennes suppurant ou donnant un pus de mauvaise nature, il diminue la suppuration, éloigne les accidents des plaies et agit comme désinfectant et modificateur des surfaces suppurantes, qu'il dispose à une cicatrisation plus prompte, si dans l'application des antiseptiques le chirurgien tient compte des applications suivantes : pansements rares, soustraction de la plaie à l'influence de l'air, compression légère des parties divisées, il pourra en attendre une garantie sérieuse contre l'infection purulente.—*Bul. gén. de Thérap.*

—

Procédé de résection de l'extrémité inférieure de la jambe.—M. Polaillon présente un opéré chez lequel il a réséqué l'extrémité inférieure des deux os de la jambe par un procédé qui lui est propre. Ce procédé diffère de celui qui est généralement en usage par la conservation de la malléole externe qui assure à la nouvelle articulation une grande solidité, surtout dans les sens transversal.

Voici en quoi il consiste :

Premier temps. Résection sous-périostée, avec la scie à chaîne ou le ciseau, d'un segment du péroné au-dessus de la malléole externe que l'on laisse attachée à l'astragale et au calcanéum ;

Deuxième temps. Décollement du périoste sur l'extrémité inférieure du tibia et luxation du pied en dehors :

Troisième temps. Section de l'extrémité articulaire du tibia ;

Quatrième temps. Rugination ou section de la surface articulaire de l'astragale et rétablissement du pied dans sa position normale.

L'opéré que M. Polaillon soumet à l'examen de ses collègues n'a qu'un raccourcissement peu apparent et marche avec facilité, sans aucun soutien.

OBSTÉTRIQUE ET GYNÉCOLOGIE.

Hydrorrhée pendant la grossesse. — M. Queirel a publié dans le *Marseille médical* un mémoire intéressant dans lequel il étudie les divers éléments de cette question encore très discutée. Il rapporte tout d'abord deux faits de sa pratique qui, bien que différents dans leur évolution, se rapportent à ce qu'on désigne sous le nom d'hydrorrhée. Dans un de ces cas M. Queirel fut appelé près d'une femme multipare, grosse de six mois, ayant déjà eu, ce qui n'était pas arrivé pour les autres grossesses, deux écoulements abondants de liquide incolore. C'était pour un troisième écoulement de cette nature qu'il était appelé. Il s'était produit cette fois, au milieu de la nuit, sans douleur consciente. A l'odeur, à la marque du linge, à l'abondance de la perte, il ne douta pas avoir affaire à un écoulement de liquide amniotique, bien qu'il n'y eût pas de commencement de fausse couche. Grâce à un repos prolongé et absolu et a quelques lavements laudanisés, la grossesse suivit son cours et cette dame accoucha à terme d'un enfant vivant.

Dans un second cas un écoulement semblable se produisit au quatrième mois d'une grossesse. Cette perte était accompagnée de douleurs dans le bas-ventre, vraies coliques utérines. Le repos, le lendanum en lavement, calmèrent les douleurs et arrêtèrent la perte. Quatre à cinq semaines après, les mêmes phénomènes se reproduisent et disparaissent de la même façon que la première fois; mais, quinze jours plus tard, nouvelle perte et cette fois suivie d'un avortement qui se produisit très vite. Le fœtus avait environ six mois et était bien développé.

Ce sont là deux faits d'hydrorrhée, étant donnée cette définition: un écoulement d'eau ne troublant pas, au moins immédiatement, la marche de la grossesse. Mais les cas réunis sous ce nom sont d'aspect si divers qu'ils diffèrent aussi bien certainement par leur nature. Aussi M. Queirel, après en avoir réuni un certain nombre d'exemples, conclut-il que sous le nom d'hydrorrhée des femmes grosses on doit comprendre l'écoulement de liquides différents de nature et d'origine. Quand le liquide amniotique véritable s'écoule, c'est qu'il y a rupture des membranes sous l'influence d'un traumatisme ou de contractions inconscientes, et voilà pourquoi, dans le cas de perte spontanée, c'est plutôt la nuit que se produit le phénomène :

la rupture est toujours et fatalement suivie de la production du travail à une échéance plus ou moins prochaine, mais qui, dans les cas connus, n'a pas dépassé six à neuf semaines. Ces cas devraient être désignés sous le nom d'hydramniorrhée pour les distinguer des autres.

Quand le liquide écoulé présente quelques-uns des caractères du liquide amniotique, que l'écoulement se produit à plusieurs reprises et que la grossesse continue son cours régulier, on aura affaire très probablement à une hydrorrhée véritable, c'est-à-dire à l'écoulement de la sérosité sécrétée par les vaisseaux maternels, à la surface externe de l'œuf. C'est la théorie de Nægelé. Exceptionnellement on peut admettre la possibilité d'un liquide, fourni par un kyste accidentel, par un œuf jumeau dont le produit a été dissout ou encore par les glandes utérines du col, véritable catarrhe du col. On aura enfin à diagnostiquer les cas que l'on pourrait confondre avec ceux-là, et ce ne sont pas les moins importants, c'est-à-dire les cas d'incontinence d'urine ou de fistule vésico-vaginale, et le cas où le liquide viendrait des glandes vulvaires. La confusion avec l'écoulement de l'urine surtout a été fréquemment commise. Le fait suivant observé par le professeur Magail mérite d'être rapporté comme exemple: Une femme, dans une première grossesse, perdit plusieurs fois ses eaux; cependant elle accoucha à terme d'un enfant vivant, et ce qu'il y eut de curieux, c'est que l'hydrorrhée continua en dehors de la grossesse. Dans une seconde grossesse, l'apparition de l'écoulement ne discontinua pas et il fut vérifié par plusieurs médecins qu'elle alla consulter. M. Depaul lui-même la soigna pour une affection chronique de l'utérus, et reconnut, après plusieurs semaines de traitement, que le liquide était fourni par la vessie. Il n'y avait pourtant pas de fistule vésicovaginale, mais la paroi antérieure du vagin était relâchée et faisait hernie au milieu de la vulve. Il y avait une cystocèle vaginale avec abaissement de la matrice. M. Magail eut raison de cette infirmité en relevant l'utérus à l'aide de tampons imbibés de liquide astringent.—*Journal de médecine et de chirurgie.*

Traitement de la rétroflexion de l'utérus, par COURTY.—La rétroflexion utérine est le contraire de l'antéflexion, non-seulement par la direction de l'organe, mais encore par la nature de la lésion. Dans la rétroflxion il y a atrophie, mollesse, relâchement de tissu, par suite, ordinairement, d'un défaut d'évolution rétrograde après un accouchement. La maladie peut être très-complexe, et les médications sont mul-

tiples le plus souvent, mais le traitement mécanique est le fait important de ce travail ; or, ce traitement mécanique consiste à redresser l'utérus et à le maintenir redressé.

Le premier moyen étudié est le *tuteur utérin* ou plutôt intra-utérin, constitué par une tige, destinée à entrer dans l'utérus, dont la moitié supérieure est en zinc, la moitié inférieure en cuivre, celle-ci terminée par une boule creuse de menu métal ; la présence des métaux en fait un véritable *tuteur galvanique*. La rétroflexion réduite à l'aide du cathéter utérin et de l'index gauche, pendant que celui-ci maintient la réduction celui-là est retiré, puis remplacé par le tuteur qu'un tampon d'ouate maintient en place. Pendant et après, le *décubitus ventral*, le seul dorénavant permis, et dont déjà la malade a souvent apprécié les avantages, maintient la réduction. La nature galvanique, pour ainsi dire, du tuteur reveille heureusement la contractilité utérine.

Passons sur le traitement général tonique, l'électricité, l'hydrothérapie, le seigle ergoté, et surtout une grossesse, l'événement le plus heureux, critérium de la guérison et espérance de son maintien.

Mais le tuteur n'est pas toujours supporté et l'on peut encore guérir avec les pessaires. Avec le *pessaire-levier* de Hodge, qui consiste en un anneau d'aluminium quadrangulaire et courbe, des guérisons ont déjà pu être obtenues ; mais M. Courty se loue beaucoup du nouveau pessaire adopté par lui, l'*anneau-levier à arc cervical*, recourbé sur lui-même de telle sorte que l'extrémité pubienne, au lieu de passer derrière le col, passe au contraite en avant, le maintenant ainsi directement refoulé en arrière.

M. Courty a trouvé encore mieux, c'est un moyen de redressement que peut exécuter une personne étrangère à la médecine, le mari par exemple. Le docteur américain Henri Campbell (d'Augusta) a reconnu que la femme étant dans la position génu-pectorale, il suffit de maintenir le vagin ouvert dans toute sa longueur, pour que tous les organes abdominaux se précipitant sur la paroi abdominale antérieure, le fond de l'utérus se redresse naturellement. Un spéculum Fergusson, petit modèle, convient ici très bien ; il est introduit, la malade étant en position génu pectorale, le bec en haut, et en le poussant le plus haut possible dans le cul-de-sac recto-utérin. Le plus souvent le col est alors aperçu, ce qui prouve bien la réduction de la rétroflexion; le spéculum est immédiatement retiré ; la femme prend et conserve le décubitus ventral.

En résumé, redressement approximatif tous les soirs, redressement absolu obtenu à intervalles plus ou moins distants, par

le cathétérisme et maintenu soit pendant quelques heures par le tuteur galvanique, soit pendant quelques jours par l'anneau-levier à arc cervical, lorsque le tuteur galvanique ne peut pas être supporté, enfin traitement général tonique : tel est le traitement de la rétroflexion utérine, souvent efficace, exposé avec détails et figures par M. Courty. (*Journal thérapeutique.—Lyon Médical.*

—

Le tampon comme moyen de diagnostic dans l'endométrite chronique.—B. S. Schultze (d'Iéna) ayant souvent constaté l'insuffisance des moyens préconisés pour reconnaître l'endométrite chronique (existence d'une sécrétion aqueuse plus ou moins abondante, sensibilité de la cavité utérine au contact de la sonde, exploration digitale de la cavité utérine), a recours depuis plusieurs années au moyen suivant. Il applique sur le col un tampon d'ouate préalablement trempé dans une solution de tannin dans la glycérine (25 0|0) et le maintient pendant vingt-quatre heures. Les produits de sécrétion de l'utérus, dépouillés de leur partie aqueuse par la glycérine, forment sur le tampon une couche demi-solide, que l'on peut examiner au microscope. Si la sécrétion de l'utérus est normale, cette couche est transparente, gélatineuse, ou à peine trouble, et se colore fréquemment en violet par le tannin. S'il y a du pus, on le reconnaît facilement à la différence de consistance de la couche déposée sur le tampon, à son défaut de transparence, à sa coloration jaune plus ou moins verte. Comme la sécrétion purulente, caractéristique de l'endométrite, peu. être retenue dans l'utérus par le fait d'une sténose du col, il faut renouveler l'expérience plusieurs jours de suite. Le pus provenant du col se reconnaîtra à son mélange intime avec le mucus cervical visqueux ou gélatineux. Le tampon de tannin sert non-seulement à reconnaître la maladie, mais encore à s'assurer de la guérison.—*Lyon Médical.*

—

Des signes fournis par l'auscultation dans les tumeurs fibreuses utérines.—Neuville rapporte un fait dans lequel le diagnostic était fort difficile, et où l'on pouvait aussi bien croire à un fibrome utérin qu'à un kyste de l'ovaire. La marche de l'affection, la mobilité de la tumeur, l'exploration au spéculum et le cathétérisme utérin ne fournissaient aucun signe différentiel de quelque valeur. Mais on entendait distinctement un souffle vasculaire que l'on regarda com-

me une présomption de la nature utérine de la tumeur. Plus tard il devint possible d'explorer la cavité de l'utérus et de la trouver agrandie considérablement, ce qui prouva bien qu'il s'agissait d'une néoformation de l'utérus proprement dit.

A cette occasion, une discussion s'éleva au sein de la société obstétricale pour déterminer la valeur de l'auscultation dans les tumeurs utérines. Atthill affirma n'avoir jamais entendu le moindre bruit de souffle dans les cas de kyste de l'ovaire, tandis que fréquemment on le rencontrait dans les fibrômes de l'utérus.—*Lyon médical.*

NOTES DE THÉRAPEUTIQUE.

Traitement des écoulements fétides par les injections composées de chlorate de potasse.—Voici la formule mise en usage par le docteur Chéron, médecin de Saint-Lazare:

Chlorate de potasse	ʒ iij
Laudanum de Sydenham	ʒ ijss
Eau de guimauve	ʒ viij

Deux ou trois cueillerées à bouche par chaque litre d'eau tiède pour injections, matin et soir.

Pour pratiquer cette injection, il ne faut pas employer un irrigateur qui ne fait qu'un lavage éphémère: il importe de se servir d'une petite pompe qui utilise le liquide aussi longtemps qu'on le désire.—Il n'est pas utile que la durée de l'injection dépasse 5 à 6 minutes.—*Le Médecin Praticien.*

Formulaire de thérapeutique.

Crevasses du sein.

Gutta-Percha	℈ j
Chloroforme pur	q. s.

Pour le dissoudre.

F. s. a. En oindre les points excoriés où se forme en séchant une pellicule qui ne se détache pas même après la tetée.

(Monti).

Délire sénile.

Potion avec :

Acétate de zinc	gr. x
Eau distillée	℥ iij
Sirop S	℥ j

M. Par cuillerée à bouche jusqu'à production de nausées ; dans ce cas, suspendre la potion ou la mélanger aux aliments.

(SEMMOLA).

Gale.

Liniment avec :

Styrax liquide	℥ j
Alcool rectifié	℥ ij
Huile d'olive	℥ j

M. Enduire de ce liniment les parties où l'on soupçonne l'acare.

(KUNZE).

Gastralgie.

Potion avec :

Acétate ou chlorhydrate de morphine	gr. ij
Sucre blanc	℥ j
Eau distillée	℥ jss

M. Une cuillerée à café au moment des douleurs, et de dix en dix minutes, jusqu'à cessation de la crise (1).

(OROSI).

Dyspepsie.

Pepsine pure	℥ j
Acide lactique	gr. xv
Eau de fontaine	℥ iij

M. Une cuillerée à bouche au moment des repas.

(SEMMOLA).

---

(1) Nous préférons la formule suivante qui nous a toujours donné d'excellents résultats :

Sirop de morphine	℥ j
Sirop d'éther	℥ j
Sirop d'écorce d'oranges amères	℥ vi

A prendre comme ci-dessus, par cuillerées à café. H.

L'UNION MEDICALE DU CANADA

MONTREAL, DECEMBRE 1881.

Comité de Rédaction :

MESSIEURS LES DOCTEURS E. P. LACHAPELLE, A. LAMARCHE ET S. LACHAPELLE.

Médecins et patients.

Que certaines gens prétendent, depuis quelque temps, que la Législature a investi les médecins du droit de dévaliser leurs patients par un tarif fabuleux, il ne faut pas trop s'en plaindre. Il n'est que juste de faire comprendre à médecin et patient que si nous devions charger inconsidérément et d'habitude le maximum des honoraires accordés par la loi à nos services, nous nous méprendrions du tout au tout sur l'intention des promoteurs du tarif. Selon nous le tarif maximum vise un double but : celui d'imposer un frein à la lésinerie de certains clients, assez nombreux, et celui d'infuser un peu d'orgueil et d'amour propre à certains médecins qui dégradent la profession en en faisant une marchandise au rabais et qui semblent n'avoir qu'une ambition : en réaliser le petit profit par le grand débit. Nous publierons, quelque jour, à titre de curiosité, le tarif minimum actuellement en usage dans certaines parties de la Province. Ce sera là, nous pouvons l'assurer d'avance, un document navrant. Parmi ceux d'entre nous qui ont l'habitude d'exiger de leurs services une rétribution raisonnable et honorable, il en est plus d'un qui ignore qu'il y a dans la Province des endroits où le médecin fait des accouchements pour une piastre et même un écu, extrait des dents pour dix sous, donne une consultation et quelques prises pour quinze sous, et abonne une nombreuse famille, accouchements et médicaments inclus pour quatre piastres par an. Il faut que pareils gens aient eu une vocation irrésistible pour la médecine pour encourir ou faire encourir à leurs parents les dépenses qu'exigent l'obtention d'un diplôme pour ensuite se contenter d'un salaire que ne voudrait pas accepter un palefrenier.

Que voyons-nous tous les jours ? Un médecin va s'établir, lui, deuxième, dans une de nos bonnes paroisses canadiennes. Pas toujours, Dieu merci, mais trop souvent par malheur; voici la position que prendront les deux confrères l'un vis-à-vis

l'autre : l'ancien dira : il faut faire *crever* le jeune ; et le nouveau dira, de son côté, il faut *tuer* le vieux. Par étiquette ou par un reste de respect, on se salue d'abord et on se serre la main ; rien n'empêche qu'on est déjà ennemis jurés ; le premier malade saura le prouver. La lutte s'engage ; mais à quelles armes ? Rivalisera-t-on de science, d'activité, d'assiduité au devoir et à l'étude ? Nous en calomnierions un grand nombre en prétendant que non, mais ce ne serait que rendre justice à bien d'autres. Ce que l'un fait pour deux piastres, l'autre le fera pour une ; pour ne pas être en reste, le premier réduira sa réclamation d'un écu, et, par une entente tacite, on en viendra à charger le quart des honoraires ; mais le plus à l'aise des deux concurrents aura bien soin de ne jamais présenter sa note au client, de peur de le vexer, et s'il l'exige il lui déduira à titre d'intérêt un joli percentage quand enfin il voudra bien délier sa bourse pour lui payer la balance de ses maigres honoraires. Est-ce là de la fiction ? non, il y a même pis. Et on voit tous les jours, comme conséquence, végéter deux médecins là où trois pourraient vivre honorablement. Toujours l'huître et les plaideurs du bon Lafontaine. Il connaissait bien les Gaulois et nous en sommes.

C'est à ces gens que s'adresse spécialement le tarif maximum ; il s'adresse autant à ceux qui lésinent pour donner qu'à ceux qui lésinent pour demander. Et le plus grand résultat qu'il soit permis d'attendre de ce tarif est d'établir entre médecin et client un niveau qui leur permette de s'estimer mutuellement.

Comme contre-partie de cette triste appréciation du medecin, relatons un fait à notre avantage :

Il y a quelques jours, à Montréal, un enfant tombe du quatrième sur le pavé. Le chirurgien est appelé et constate une fracture des deux os du bras et une fracture du fémur, des contusions à la face, etc. L'enfant est inconscient. Le chirurgien administre les soins et médicaments voulus et remet à temps opportun le traitement chirurgical du blessé. Il laisse, en recommandant aux parents de le faire appeler dès que le patient aura repris connaissance. (Remarquez bien, ce n'est pas sans intérêt, que ni le blessé ni ses parents n'avaient le moyen de payer des soins professionnels et que le chirurgien le savait fort bien).

Or, après quelques heures d'intervalle, le docteur, ne voyant rien venir, retourne chez son patient.

Il le trouve en pleine connaissance, le bras et la cuisse enveloppés de linges, qui sentaient le charlatan à ne pas s'y méprendre. Explications demandées, explications données, coupons court ; vous voyez cela d'ici. Le docteur se met en

frais de réduire les fractures, mais les parents s'opposent sous prétexte que..., que..., que sais-je? qu'il est venu un docteur, un monsieur qui a dit qu'il n'y avait rien; bref, que tout est actuellement pour le mieux dans le meilleur des mondes. *Exit chirurgicus* défait, mais non vaincu. Il met en jeu l'influence du médecin ordinaire de la famille, inutile; celle du confesseur, rien! celle du curé, *idem*. Qu'eussiez-vous fait, je vous le demande? Les choses en sont là, et si vous croyez pouvoir vous en mêler et vous en tirer, vous serez le bienvenu; mais rappelez-vous qu'il n'y a pas d'honoraires, malgré ce qu'en dise le tarif maximum.

S'il n'y a aucune loi qui autorise à protéger ces malheureux contre eux-mêmes, disait quelqu'un, ne serait-il pas à propos que la société protectrice des animaux s'en occupât?

Question Universitaire.

LETTRE DU CARDINAL SIMEONI (1).

Sa Grandeur Mgr l'archevêque de Québec a reçu la lettre suivante de Son Eminence le cardinal Simeoni:

Illustrissime et Révérendissime Seigneur.

J'ai reçu en leur temps les trois lettres de Votre Seigneurie, des 14, 21 et 22 octobre dernier, auxquelles je réponds dans la présente.

Il m'est agréable de faire savoir à Votre Seigneurie que dans l'audience de dimanche prochain sera présentée au Saint-Père la lettre de remerciements des évêques de votre province pour la *sentence définitive* que Sa Sainteté a daigné donner en faveur de l'Université-Laval. J'ai aussi appris avec plaisir par votre lettre la sollicitude que Votre Seigneurie et ses suffragants ont mise à l'exécution des *ordres* du Souverain Pontife, soit en adressant à leurs diocésains des pastorales à cet effet, soit en publiant la déclaration opportune (21 octobre), dont elle m'a envoyé copie. Je suis sûr que, moyennant la *coopération efficace* des mêmes évêques, on verra bientôt renaître dans toute la province cette paix et cette trainquillité qui est tout à fait nécessaire pour promouvoir le salut des âmes.

Quant aux diverses rumeurs que Votre Seigneurie me dit être répandues dans ce pays pour susciter de nouvelles dissensions et discussions, Votre Seigneurie voit bien qu'on ne pourra jamais empêcher que des individus particuliers *abusent* de la liberté d'écrire et de parler.

(1) Les italiques sont de nous.—NOTE EDIT.

Elle sait, du reste, quel est l'*organe officiel* par lequel le Saint-Père fait parvenir les *nouvelles authentiques*. Elle ne doit pas attribuer aux autres nouvelles plus de valeur qu'elles *n'en méritent*.

Après ces quelques remarques, il ne me reste plus que de souhaiter à Votre Seigneurie toutes sortes de biens de la part de Dieu.

Rome, de la Propagande, 12 novembre 1881,

L † S. de Votre Seigneurie,
Le très dévoué serviteur,
JEAN CARD. SIMEONI, Préfet.
I. MASOTI, Secrétaire.

MGR ALEXANDRE TASCHEREAU,
Archevêque de Québec.

Société Médicale de Montréal.

Séance du 27 Octobre 1881.

Dr É. P. Lachapelle, président, au fauteuil.

Lecture et adoption du procès verbal de la dernière séance.

M. le Président, au nom du comité chargé de voir aux moyens d'installation du nouveau cabinet de lecture, fait rapport que les rédacteurs de l'*Union médicale* acquiescent volontiers au désir exprimé par la société, et qu'il sera très facile d'installer le cabinet de lecture en question dans la salle où la société tient actuellement ses séances.

L'élection des officiers pour l'année courante est à l'ordre du jour : MM. les Drs Desroches et Foucher nommés scrutateurs. Le scrutin donne le résultat suivant :

Dr J. A. Laramée, Président.
Dr A. Lamarche, 1er Vice-Brésident.
Dr C. M. Filiatrault, 2e do
Dr H. E. Desrosiers (réélu) Secrétaire-Trésorier.
Dr J. I. Desroches, Assistant do do
Comité de Régie : Drs E. P. Lachapelle, F. X. Perrault, A. T. Brosseau, N. Fafard, A. A. Foucher et F. C. S. Lamoureux.

Et la séance est levée.

Séance du 21 octobre.

Lecture et adoption du procès-verbal de la dernière séance.

Le secrétaire trésorier présente son rapport pour l'année 1880-81. Ce rapport est adopté.

Le Dr A. B. Larocque soumet à la société un projet de loi concernant la santé publique.

Sur proposition du Dr J. E. Berthelot, un comité composé des Drs J. W. Mount, E. P. Lachapelle et A. Lamarche, est nommé, avec instruction d'examiner ce projet de loi et de faire rapport à la Société aussitôt que possible.

Des remerciements sont ensuite votés aux éditeurs des journaux l'*Union médicale*, la *Minerve*, la *Patrie*, le *Monde* et le *Courrier de Montréal*, pour l'obligeance qu'ils ont eue de publier gratuitement les procès-verbaux de la Société durant l'année courante.

Le Dr A. A. Foucher donne avis qu'à la prochaine séance il présentera un travail sur "*Les indications fournies par la papille optique dans quelques affections cérébrales.*"

Et la seance est levée.

Séance du 4 novembre.

M. le Dr J. A. Laramée, président, au fauteuil.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

M. le Dr A. A. Foucher, donne lecture d'un travail très élaboré sur les "Indications fournies par la papille optique dans quelques affections cérébrales." Il présente plusieurs pièces pathologiques, planches, dessins, etc., en rapport avec le sujet qu'il traite et les théories qu'il développe. (1)

Cette lecture est suivie d'une discussion à laquelle prennent part M. le Président et MM. les Drs E. P. Lachapelle, Brosseau, Dagenais, Lamarche et Berthelot.

M. le Dr Lamarche donne avis qu'à la prochaine séance il proposera que la contribution annuelle des membres de la Société Médicale soit désormais de deux piastres.

M. le président s'engage à présenter untravail à la prochaine séance libre. Et la séance est levée.

Livres reçus.

A Manual of Ophthalmic Practice, by Henry S. SCHELL, M.D., Surgeon to Wills Eye Hospital and Ophthalmic and aural Surgeon to the Children Hospital. — D. G. BRINTON, Editor, Philadelphia, 1881.

The Physician's Clinical Record for Hospital or private practice; with memoranda for examining patients, temperature charts, &c.—D. G. BRINTON, Editor, Philadelphia, 1881.

DÉCÈS.

En cette ville, le 1er décembre, l'enfant de M. le Dr J. E. Berthelot, âgé d'un mois.

(1) L'intéressante étude de M. Foucher est publiée dans le présent numéro de l'*Union Médicale*.

TABLE DES MATIÈRES

CONTENUES DANS LE DIXIÈME VOLUME.

	PAGES.
Abcès froids (nature et traitement des)	559
Abcès de la marge de l'anus	269
Abcès de la vulve (Traitement des)	225
Abcès du cerveau (Contribution à la pathogénie des)	169
Abcès froids (traitement des)	414
Abcès froids (nature et traitement des)	456
Abcès hépatiques	109
Accouchement sur le côté (de l')	229
Accouchement (de l'ipéca dans le travail de l')	185
Acide lactique dans le catarrhe vésical	234
Acide phénique en chirurgie (empoisonnement par l')	39
Acide salicylique (sur la meilleure manière d'administrer l')	106
Adénite strumeuse, traitement par le thermo-cautère	129
Aérothérapie	406
Affections cardiaques (congestion du foie dans les)	71
Affections respiratoires (de l'ammoniaque dans les)	363
Albuminurie gravidique (traitement de l')	131
Alcalins (quelques effets nutritifs des) à doses modérées	35
Alimentation (de l') végétale chez l'homme	190
Alimentation par les narines	213
Allaitement (suspension et reprise de l') dans le cours d'une fièvre typhoïde	132
Amygdalite (traitement de l') et de l'hypertrophie tonsillaire par le bicarbonate de soude	554
Ammoniaque (de l')dans les affections respiratoires	363
Anasarque guérie par l'usage du lait caillé	135
Anesthésie (un conseil en cas d')	234
Anesthésie obstétricale (de l')	312
Anesthésie (nouveau procédé d')	212
Anévrisme de l'aorte et tuberculose	68
Anthrax (traitement chirurgical de l')	273
Arthrite sèche ou déformante du genou avec dyscrasie calcaire	511
Articulations (ponction des) pour les épanchements sanguins et purulents	127
Antiseptiques (des) ; leurs avantages dans le traitement des plaies	565
Antiseptiques (sur l'usage des) dans la lithotomie	563
Asthme (solution contre l')	282

PAGES.

Asthme (iodure d'éthyle et pylocarpine dans l')..... 282
Asthme (traitement par l'iodure de potassium)..... 58
Asthme (injections hypodermiques de pilocarpine dans les accès d' 91
Ataxie locomotrice..... 266
Auscultation du cœur (nouveau mode d')..... 393
Auscultation (des signes fournis par l') dans les tumeurs fibreuses utérines..... 569
Autopsies cadavériques, Dr A. Lamarche..... 241
Azotite d'éthyle (de l'emploi des vapeurs d') pour purifier l'air..... 366
Benzoate de soude dans le rhumatisme articulaire aigu..... 268
Bibliographie..... 334
Bienfaiteur de l'humanité..... 46
Blennorrhagie quelques points du traitement de la)..... 396
Blennorrhagie (de la) chez la femme..... 422
Brochures reçues..... 46–95–190–239–288–381–477–528
Brodeur (M. A) 95
Bromure d'Ammonium dans la coqueluche..... 329
Bromure d'éthyle comme anesthésique..... 35
Bromure de potassium dans le traitement du catarrhe vésical 30
Brûlures (mort dans les)..... 82
Bubon (traitement du)..... 418
Bulletin général de thérapeutique médicale et chirurgicale (cinquantaine du)..... 431
Bureau de santé..... ~~127~~ 137
Bureau des gouverneurs (assemblée semi-annuelle du)..... 283
Bureau provincial de médecine. 477
Café (action du) et du sucre sur la digestion stomacale..... 267
Calculs biliaires traitement hygiénique des)..... 70
Cancer du foie et du pancréas (notes sur un cas de) Dr H. E. Desrosiers 202
Cancer uterin (néphrite consécutive au)..... 77
Catarrhe vésical (traitement du)..... 378
Catarrhe vésical traitement par le bromure de potassium.... 30
Catarrhe vésical (acide lactique dans le)..... 234
Cautères, moyen de rendre leur application insensible..... 276
Chambre des députés..... 240
Chancre simple (traitement du)..... 291
Chanvre indien dans le traitement de la migraine..... 407
Charbon (immunité pour le) et la septicémie..... 113
Charbonneuses (traitement des maladies) chez l'homme..... 82
Chirurgie, communication du Dr D. Marcil..... 253
Chlorate de potasse (empoisonnement aigu par le)..... 80
Chlorate de potasse (effets thérapeutiques du)..... 367
Chorée (traitement de la) par l'arsenic..... 377
Clinique et dispensaire de l'Hôpital Notre-Dame..... 439
Cœur (thérapeutique des maladies du)..... 91
Cœur (moyen de réveiller les contractions du) qui a cessé de battre..... 214
Collège des Médecins et Chirurgiens de la province de Québec..... 432

PAGES.

Colonne vertébrale (combien il est facile tout d'abord de méconnaître une lésion de la)..... 41
Comment on meurt en chirurgie..... 177
Condoléance 189
Congestion du foie dans les affections cardiaques..... 71
Constipation (de la)..... 206
Constipation des enfants à la mamelle (potion contre la)..... 428
Coqueluche (potion contre la)..... 430
Coqueluche (bromure d'ammonium dans la)..... 329
Coqueluche, sa nature, traitement par l'acide phénique..... 25
Coqueluche, traitement par les inhalations d'essence de térébenthine 75
Courants continus dans la sciatique..... 254
Contribution à l'histoire du jaborandi et de ses alcaloides... 549
Craniotomie (de la) Dr A. Dagenais..... 1-49
Crevasses du sein 570
Croup (le)..... 73
Cures de lait (indications pathologiques des)..... 259
Décès..... 48-96-144-192-240-288-336-384-576
Délire sénile 571
Dentaire (chirurgie) conservatrice..... 89
Dermatoses (du traitement par occlusion dans les)..... 265
Diarrhée (du traitement de la) et de la dyssenterie chronique..... 402
Diarrhée des enfants..... 80
Diarrhée infantile cholériforme, son traitement..... 110
Diphthérie, traitement..... 489
Diphthérie (note sur le microbe de la)..... 160
Dipsomanie..... 255
Durée de la vie de l'enfant dans l'utérus après la mort de la mère..... 471
Dyspepsie 561
Dyspepsie flatulente, traitement..... 281
Dyspepsie gazeuse, traitement..... 522
Dyssenterie, traitement..... 522
Dyssenterie chronique (traitement de la diarrhée et de la)... 402
Eaux (manie des)..... 46
Eclampsie puerpérale..... 277
Ecole de Médecine vs. l'Université Laval..... 237
Ecoulements fétides (du traitement des) par les injections composées de chlorate de potasse..... 570
Eczéma diobétique..... 65
Electricité (nouvelle application de l') aux accouceements.. 278
Empoisonnement par les graines de ricin..... 32
Empoisonnement par l'acide phénique en chirurgie..... 39
Empoisonnement aigu par le chlorate de potasse. 80
Empyème (des accidents à la suite des opérations d')..... 211
Engorgement hépatique (massage du foie dans l')..... 359
Epanchements sanguins et purulents (ponction des articulations dans les)..... 127
Epilepsie (d'un symptôme rare dans l'attaque d')..... 169

PAGES.

Epistaxis et son traitement 107
Epithéliona bénin de la face, son traitement par le chlorate de potasse 417
Epithéliona de la langue inutilité du traitement thérapeutique et topique dans l') 87
Eponge (l') comme agent hémostatique 370
Ergotine (emploi thérapeutique de l') 364
Ergotine dans les fibromyomes des hypertropies chroniques de l'utérus (des injections sous-cutanées d') 38
Eruptions médicamenteuses (des) 503
Erysipèle, son traitement 74
Erysipèle de la face à répétition, traitement 378
Essence de térébenthine contre la coqueluche 75
Estomac (l') et le système nerveux 215
Etat mental des vieillards et des mourants 140
Etat puerpéral)thérapeutique intrantérine dans l') 425
Etude de la médecine (admission à l') 239
Fermentation (étude sur les) Dr N. Fafard 97
Fibro-myomes de l'utérus (traitement des par les injections sous-cutanées d'ergotine 38
Fièvre de foin, traitement 234
Fièvre typhoide (de la mort subite dans la) 32
Fièvre typhoide (suspension et reprise de l'allaitement dans le cours d'une) 132
Fièvre typhoide dans les campagnes (étiologie de la) 34
Fièvre typhoide chez les enfants, traitement 90
Fièvre typhoide à forme cérébrale chez les enfants, traitement 90
Fièvre typhoide (potion contre) 282
Fissure à l'anus (traitement de la) sans opération 429
Folie, traitement par la morphine 368
Forceps (de l'emploi du) dans le travail prolongé et des moyens qui peuvent le remplacer 419
Foucher (Dr) 139
Fractures (traitement des) 125
Fractures compliquées de plaies Dr A. T. Brosseau 145
Fracture composée du crâne avec dépression, Dr Brosseau 340
Furoncles (pâte d'arnica contre les) 362
Gale (traitement de la) 91
Gale 571
Garfield 472
Gastralgie 571
Glycérine (de la) comme vomitif chez les enfants 135
Graines de ricin (empoisonnement par les) 32
Greffe dentaire 89
Greffe osseuse 412-475
Grossesse (influence réciproque de la) et des maladies du cœur 179
Hamamelis (de l') virginica ou witch hazel noisetier de sorcière contre les congestions et les hémorrhagies 557
Helminthes (les) de l'homme; de leur traitement 543

PAGES.

Hématose (influence de la réfrigération sur l') 79
Hemoptysie, traitement 521
Hemoptysie chez les tuberculeux, traitement 501
Hémoptysies (de quelques) 68
Hémorrhagies cpnsécutives et leur traitement 172-232-280-424-519
Hémorrhagies puerpérales, traitement 517-519-520
Hémorrhagies post-partum (de l'emploi de la teinture d'iode dans les) 376
Hémorrhoides (traitement des) par les applications de glace) 508
Hémorrhoides (traitement médical des) 333
Hémostatique (de l'éponge comme agent) 370
Hermaphrodisme (un cas d') 382
Hermie étranglée (leçon clinique sur la) Dr Brosseau 14
Hopital Notre-Dame 476-526
Hopital Notre-Dame (bienfaiteurs de l') 333
Hoquet, son traitement 136
Hoquet persistant (potion contre le) 235
Huile de cade, son emploi en thérapeutique oculaire 360
Hydrothérapie (traitement du scorbut par l' 404
Hypertrophies chroniques de l'utérus, traitement par les
Hydrorrhée pendant la grossesse 566
injections sous-cutanées d'ergotine 38
Ictère par retention, traitement 91
Improvisation de V. Hugo 143
Incubation (durée d') des maladies contagieuses 504
Inconvénients (des) de l'huile de foie de morue chez les enfants èn bas âge 558
Injections sous-cutanées de solutions mercurielles dans la syphilis 90
Injections d'ergotine pour calmer la toux 269
Injections de morphine 454
Injections d'aqua fontis contre les vomissements alimentaires des phthisiques et de certains nevropathes 113
Intussusception, Dr Laramée 337
Iodoforme (l') 430
Iodoforme dans l'otorrhée chronique 372
Iodoforme chez les phthysiques 90
Iodoforme (preparations nouvelles d') 327
Iodure d'éthyle et pilocarpine dans l'asthme 282
Ipéca (de l') dans le travail de l'accouchement 185
Kélobomie (sur l'influence que les états constitutionnels exercent sur le pronostic de la) 302
Lait (indications pathologiques des cures de) 259
Lait caillé (anasarque guérie par l'usage du) 135
Lait coupé (faut-il donner du) aux enfants nourris au biberon 374
Lavage de l'estomac (du) 295
Lèpre (la lèpre) 392
Lésions cardiaques dans la phthisie 106
Lipôme (gangrène dans le 129
Listérisme (le) 474
Lithotritie en une seule séance 369

PAGES.

Livres reçus 527–576
Loupes du cuir chevelu 505–516
Loupes du cuir chevelu (des opérations applicables aux) 407
Luxation sous-coracosdienne traumatique récente, réduction par le procédé de douceur de rocher 309
Mal de Pou 118
Maladies du cœur (traitement des) 357–447
Maladies du cœur (influence réciproque de la grossesse et des) 179
Maladies du foie)diagnostic des) 491
Mariages 144–33–5286
Médecins et patients 572
Méningite tuberculeuse 116
Métrite hémorrhagique 228
Microbe de la diphthérie (note sur le) 160
Microbe (du) de la diphthérie et de sa culture 555
Migraine (traitement de la) 377
Migraine, traitement par le chanvre indien 407
Morcellement (de l'ablation des tumeurs par) 217
Mort subite (de la) dans la fièvre typhoide 32
Muguet (collutoire contre le) 235
Naissances 144–240–528
Nécrologie, Dr Beaubien 96 ; Littré, 335 ; Lr Larue 478 ; Dr Bibaud 527
Néphrites (traitemet des) 443–496
Néphrite consécutive au cancer utérin 77
Névralgie trifaciale, traitement par le sulfate de cuivre am-
Névralgies viscérales (des) et de leur traitement 556
moniacal 324
Névralgies, traitement par le salicylate de soude 231
Noix de coco contre le tænia 281
Nouvelle méthode pour produire l'anesthésie du larynx 554
Oakum (l') contre les affections articulaires aigues et chroniques 298
Obstruction intestinale, résection de deux mètres d'intestin grêle, suivie de guérison 178
Opération de Freund 174
Opérations (les) chirurgicales à la ville et à la campagne 236
Opium (des préparations d') chez les enfants 328
Organes génitaux de la femme (anomalies des) 481
Otorrhée chronique (emploi de l'iodoforme dans l') 372
Ovariotomie (un cas d') Dr D. Marcil 193
Ovariques (traitement des douleurs) 232
Ozone 405
Pansement de Lister 299
Pansement antiseptique ouvert de Verneuil 371
Papille optique (la) dans quelques affections cérébrales, Dr A. A. Foucher 529
Péricarde (incision du) suivie de guérison 373
Pessaires (de l'emploi des) 375
Phthysie laryngée (traitement de la 363
Phthysie pulmonaire (curabilité et traitement de la) 263–449
Phthysie pulmonaiee (influence de la fonction menstruelle sur la marche de la) 294

PAGES.

Phthysie pulmonaire simple (traitement de la)..... 363
Pièces anatomiques (liqueur conservatrice pour les)..... 239
Pied bot varus équin..... 306
Pilocarpine et iodure d'éthyle dans l'asthme..... 282
Plaies (traitement des) avec perte de substance..... 515
Plaies du larynx ; leur gravité, leur traitement 564
Pleurésie (traitement de la) chez les enfants..... 400
Pleurotomie (indications de la)..... 306
Pneumonie (traitement de la)..... 343
Polypes de la matrice..... 318
Présentation définitive de l'extrémité pelvienne (du diagnostic pendant la grossesse de la)..... 426
Procédé de résection de l'extrémité inférieure de la jambe.. 565
Prurit vulvaire..... 522
Pastule Maligne (de la) Dr S. Lachapelle..... 284
Psoriasis (du traitement du)) et de l'eczéma par le naphtol. 555
Question (une) de sympathie..... 379
Question universitaire..... 477–523–579
Réfrigération (influence de la) sur l'hématose..... 79
Rétroflexion de l'utérus (traitement de la) 567
Revue des Hôpitaux.—Notes cliniques recueillies par le Dr H. E. Desrosiers..... 538
Rhumatisme articulaire aigu (action du benzoate de soude dans le)..... 268
Rougeole (contagion de la 105
Salicylate de soude dans les névralgies..... 231
Sarrocenia purpurea (sur le) et son emploi en thérapeutique 266
Sciatique (liniment contre la)..... 282
Sciatiques guéries par les courants continus..... 214
Scorbut (traitement du) par l'hydrothérapie..... 404
Société médicale de Montreal,.....93–139–188–287–575
Statistique (de la)..... 92
Stomatodysodie (formule contre la)..... 235
Sueurs des pieds (traitement de la) par l'oxide de zinc..... 171
Syphylis tertiaire..... 521
Syphilis ignorées..... 165
Syphilis (traitement de la) par les injections sous cutanées de solutions mercurielles..... 37
Système nerveux (l'estomac et le)..... 215
Tabac (action du) sur les organes génitaux..... 383
Taenia (noix de coco contre le)..... 281
Taenia (le à l'hôpital de St-Mandrier..... 90
Taenifuge (l'écorce de murier comme)..... 264
Tarif Gagnon (le)..... 330
Tarif médical.....238–285–476
Tayuya (du) comme antisyphilitique..... 362
Teinture d'iode dans les hémorrhagies post partum..... 376
Témoignage des médecins devant les cours de justice..... 152
Tampon (le) comme moyen de diagnostic dans l'endométrite chronique..... 569
Thorocentèse (de la chez les enfants..... 304

Toux (injections hypodermique d'ergotine contre la)..... 269
Trachéotomie en un seul temps..... 178–464
Tuberculose pulmonaire (guérison spontanée de la)..... 168
Tumeurs adipeuses tratitement de quelques)..... 522
Tumeurs érectiles (du traitement des) par la vaccination.... 562
Ulcères aux jambes (pommades contre les)..... 521
Ulcères (traitement des) appelés communément vieilles plaies de jambe..... 40
Ulcères chroniques..... 275
Université Laval à Montréal..... 140
Université Laval et le "Canada Medical Record"..... 43
Université Laval (examens à l')..... 238
Université Laval (collection des dégrés à l')..... 331
Uuiversité Victoria..... 189
Urémie (de l')..... 352–443–496
Uréthrotomie externe (indications de l')..... 86
Urticaire chronique (traitement de l')..... 429
Utérines (dangers des manipulations et des opérations) les plus simples..... 229
Vaccination ; infériorité du vaccin de génisse..... 552
Vaccins (les deux)..... 385–433
Vaginite (modification nouvelles dans le traitement de la)... 427
Vaginite aigue (fraitement de la)..... 90
Variole (traitement de la)..... 171
Variole (moyen de prévenir les cicatrice de la)..... 136
Variole (application des vésicatoires dans le cours de la)..... 76
Vésicatoires (quelques particularités de l'action aestésiogénique des)..... 40
Vomissements (potion gazeuse boomurée contre les)..... 232
Vomissements opiniâtres de la grossesse, traitement..... 428
Vomissements alimentaires (moyen de prévenir les) chez les phthysiques et chez certains névropathes..... 113
Vulve (traitement des abcès de la)..... 225

Collaborateurs au Xme Volume de l'Union Médicale du Canada.

BEAUDIN Jos., M.D., Hull, P. Q.,
BROSSEAU, A. T., M. D., Montréal.
DAGENAIS A., Montréal.
DESROSIERS, E. H., Montréal
FAFARD, NORB., Montréal.
FOUCHER, A. A., Montréal.
LACHAPELLE, S., St-Henri.
LAMARCHE, A., Montréal.
LARAMÉE, A., Montréal.
MARCIL, D., St-Eustache.

2 gal
125 +

2 gal
125 +